ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

JUZGADO DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO NUMERO 3 DE ALMERIA

SENTENCIA Nº 284/18

En ALMERIA, a 24 de octubre de 2018

Visto por el Ilmo. Sr. D. Juan Santiago Rodríguez Ruiz-Rico, Magistrado Juez del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 3 de Almería, el **PROCEDIMIENTO ORDINARIO N.º 215/14,** sobre **RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL**; siendo partes, como demandante **D.** , **Dª** **D.** **D.** **y Dª** y como demandado, el **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.**

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Presentados ante el Juzgado Decano de Almería en fecha 24 de Marzo de 2014, se turnaron los presentes autos a este juzgado, quedando registrados al número 215/2014, en los que D. Dª D. , y Dª interponen recurso contencioso administrativo frente a la desestimación presunta por silencio del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD de la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada el 2 de Noviembre de 2012.

SEGUNDO.- Admitido el recurso por Decreto y remitido el Expediente Administrativo requerido en aquel, se formalizó Demanda el 22 de Julio de 2014, en la que, tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que estimó de aplicación, terminó solicitando que se dictara Sentencia conforme al suplico

TERCERO.- Habiendo sido emplazado por 20 días en Diligencia de Ordenación la Sra. Letrada del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD formuló Contestación a la Demanda el 7 de Octubre de 2014, en la que se opuso a las pretensiones de contrario en los términos más adelante expuestos, solicitando que se dictase sentencia en la que se desestime la demanda condenando en costas a la demandante.

Contestó igualmente a la demanda, en fecha 30 de Diciembre de 2014, el Sr. Letrado de la entidad mercantil ZURICH ESPAÑA CÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, al haber sido emplazada al procedimiento, si bien se apartó del procedimiento en fecha 22 de Marzo de 2017.

Igualmente, por Auto de 25 de Febrero de 2015, se acordó la ampliación del recurso a la resolución finalmente dictada por la Dirección Gerencia del SAS de fecha 26/09/2014, que vino a desestimar de forma expresa la reclamación antes citada.

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	1/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

CUARTO.- Recibido el procedimiento a prueba, fueron propuestas y admitidas las pertinentes, se celebró vista para practicar las testificales el día 18 de Enero de 2016, con el resultado que obra en el soporte digital de grabación.

Igualmente, se practicó testifical por vía de exhorto, en vista que fue celebrada en fecha 5 de Octubre de 2016, con el resultado que obra en el soporte digital de grabación. Asimismo, se practicó diligencia final consistente en testifical, que tuvo lugar en el acto celebrado en fecha 3 de Abril de 2017, registrado en el mismo soporte.

Presentadas las conclusiones por las partes tras la práctica de la prueba y la diligencia final, valorando respectivamente el resultado de tales diligencias, quedaron las actuaciones vistas para dictar la resolución oportuna.

QUINTO.- En la tramitación del presente procedimiento se han observado, en lo sustancial, las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso trae causa en la impugnación que D. , Dª D. y Dª realizan de los actos administrativos consistentes en la denegación presunta por silencio del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD y en la resolución expresa posterior de la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada el 2 de Noviembre de 2012, por la cantidad de 150.000 euros, por la cual solicita sea condenada la demandada, más los correspondientes intereses, interesando además condena en costas, como indemnización por el fallecimiento de D. hijo y hermano respectivamente de los recurrentes, acaecido en la madrugada del día 20/04/2012 en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas en donde permanecía ingresado desde el 02/03/2012 por una situación similar a un ingreso anterior, desde el 13/12/2011 hasta el 19/12/2011, y una posterior asistencia a Urgencias el día 24/02/2012, y debido, tal y como se expone y sintetiza en la Demanda, a una defectuosa asistencia, concretada en un retraso de una intervención de pancreatitis aguda que debió haberse realizado en un tiempo anterior, mientras que lo que se realizó fue una derivación tardía a cirugía en la que luego no se llego a intervenir. Una vez presentado escrito de responsabilidad patrimonial y transcurrido el tiempo oportuno para entender desestimada la petición, quedó expedita la vía jurisdiccional en la que interpone la Demanda que da lugar a estos autos, en reclamación, conforme los fundamentos jurídicos que estima de aplicación, centrados en la mala praxis por haber tardado más de 4 semanas en intervenir quirúrgicamente y en una demora previa en demorar a cirugía, negando que existiese una negativa del paciente, suplica se dicte Sentencia en la que se condene a abonar la cantidad citada mas intereses y costas, en concepto de indemnización por daños y perjuicios.

La Sra. Letrada del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, en la Contestación a la Demanda, se opuso íntegramente a la misma, alegando, en síntesis, que el proceso asistencial fue conforme a la Lex Artis, por lo que interesa se dicte sentencia desestimatoria.

En la Contestación a la Demanda de la mercantil ZURICH ESPAÑA CÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS se hace oposición íntegra a la misma en términos similares a la demandada principal, solicitando la desestimación.

SEGUNDO.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 106.2 de la Constitución y 139 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo común 30/1992, de

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	2/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

26 de noviembre), como una responsabilidad directa y cuasiobjetiva, que obliga a aquélla a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes o derechos, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; todo esto teniendo en cuenta que no todo daño que produzca la Administración es indemnizable, sino tan sólo los que merezcan la consideración de lesión, entendida, según la doctrina y jurisprudencia, como daño antijurídico, no porque la conducta de quien lo causa sea contraria a Derecho, sino porque el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo (artículo 141.1 de la Ley 30/92), por no existir causas de justificación que lo legitimen. Para que el daño sea indemnizable, además, ha de ser *real* y *efectivo*, *evaluable económicamente* e *individualizado* en relación con una persona o grupo de personas (artículo 139.2 de la Ley 30/92), debe incidir sobre bienes o derechos, no sobre meras expectativas, debe ser *imputable* a la Administración y, por último, debe derivarse, en una *relación de causa a efecto*, de la actividad de aquélla, correspondiendo la prueba de la concurrencia de todos estos requisitos al que reclama, salvo que la Administración alegue como circunstancia de exención de su responsabilidad la fuerza mayor, en cuyo caso es a ella a quien, según reiterada jurisprudencia, corresponde la prueba de la misma.

De todos estos elementos, destacando el *nexo causal*, la jurisprudencia ha acogido distintos criterios, desde el que exige que el mismo sea directo, inmediato y exclusivo, lo cual supone desestimar sistemáticamente todas las pretensiones cuando interfiere en aquél -de alguna manera- la culpa de la víctima o de un tercero, hasta el criterio que no exige la exclusividad del nexo causal, y que, por tanto, no excluye la responsabilidad patrimonial de la Administración cuando interviene en la producción del daño, además de ella misma, la propia víctima o de un tercero; igualmente, se ha acogido le teoría de la compensación de culpas cuando la conducta de Administración y administrado sean tan intensas que el daño no se hubiera producido sin ellas.

TERCERO.- Delimitada la naturaleza de la responsabilidad patrimonial de la administración, procede centrarse en los hechos objeto de controversia en el presente procedimiento. Se discuten tanto los elementos básicos que configuran este tipo de responsabilidad, como la cuantía objeto de indemnización, habiéndose practicado prueba en torno a ambos conceptos, sin perjuicio del alcance y valor probatorio que ofrezcan las mismas. La primera integrará un análisis de la prueba practicada y obrante en autos de cara a determinar, de un lado si queda acreditado el evento dañoso, y de otro lado si surge el nexo causal necesario entre dicho hecho dañoso y la actuación defectuosa o falta de esta de la Administración, o si, por el contrario, el hecho se debió a causas ajenas, ya sea fuerza mayor o conducta de la propia victima; la segunda cuestión, una vez admitida la responsabilidad patrimonial, se ceñirá a valorar si los daños que se reclaman, en este caso personales, han de ser indemnizados en la forma en que son interesados.

Respecto de la primera cuestión, a la vista de las alegaciones vertidas en la Demanda y lo manifestado por los codemandados, la controversia gira alrededor de determinar si el fallecimiento del Sr. D. familiar de los recurrentes se debió a una mala praxis de los servicios de Urgencias del HOSPITAL DE PONIENTE DE ALMERIA que supuso una infracción de la *lex artis ad hoc*, dado que, de haberse actuado de otra manera, el deceso no se habría llegado a producir. Tal resumida tesis requiere de una somera explicación; así, se concluye de forma más o menos coincidente entre las partes, como hecho objetivo, que el fallecimiento se produjo, como causa fundamental, por un shock refractario a aminas el día 20/04/2012 derivado, en términos generales, de una pancreatitis aguda, de modo que, conforme a la tesis de la actora -también en términos generales-, achaca la causa de la muerte a una mala praxis, toda vez que no se trató la pancreatitis citada de forma eficaz, al no practicarse una colecistectomía cuando debió haberse realizado. Por contra, y en síntesis, el SAS sostiene que, en todo caso, el seguimiento que se hizo fue más que correcto, que la defunción solo se debió a la gravedad de la patología del paciente, que todas las pruebas

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

realizadas y las soluciones se adaptaban a la *lex artis*, y destaca como factores determinantes, que el paciente sufría de obesidad mórbida y que rechazó de forma voluntaria y consciente la cirugía cuando le fue propuesta, siendo ello trascendente de cara a que se produjese el aumento de la gravedad de su estado y de forma ya irremediable la muerte.

En tal sentido, obran en actuaciones informes periciales de la actora y de la que fuera codemandada en el procedimiento, así como dictamen médico el servicio de aseguramiento y riesgos al folio 70 y siguientes del expediente. El conjunto de tales pruebas, como grueso principal para entender los aspectos médicos en la situación clínica del paciente, explica y analiza lo referente al seguimiento realizado, pruebas a las que se sometió al paciente, y consecuencias, efectos y explicaciones de los síntomas que se produjeron en el paciente, y las consideraciones médicas al respecto, añadiendo datos, información y valoraciones de estudios médicos al respecto del tipo de pancreatitis que presentó el fallecido; sin embargo, siendo de carácter principalmente ilustrativo, es lo trascendente averiguar, de entre tal documental, si se revela infracción de la *lex artis* que suponga que en deceso del paciente influyó la asistencia prestada, o se pudo deber a las consecuencias de su propia voluntad.

Así, se practicaron diversas vistas, en el Juzgado y a través de exhorto, para escuchar a diversos testigos y peritos. De un lado, el Dr. - expuso de forma resumida que el paciente tuvo dos pancreatitis: una inicial aguda leve, y luego ingresó por otra de origen biliar por la que falleció; explicó que él lo mandó a cirugía la primera vez, porque había sospecha de pancreatitis biliar y suele ser ello lo habitual, indicando al respecto que no existe un protocolo o tiempo concreto, si no solo el que se pueda considerar razonable para su práctica; así, si la causa es biliar se pretende evitar que se vuelva a repetir el episodio; concretó que al paciente no se le vio hasta el 24 de Febrero, si bien aclaro que él había informado en Diciembre de 2011, y se le pidió cita preferente para cirugía, pero es el servicio de cirugía el que decide la urgencia; señaló al respecto que la urgencia radicaba en que de haber sido intervenido, el episodio que tuvo lo mas probable es que no se hubiera producido; al respecto de tal sistema, explica que a cirugía llega la información de que es un episodio de pancreatitis, pero es el servicio central de cita previa el que da las citas. Al respecto de las alegaciones que se hacían sobre la posible obesidad mórbida, señaló que es un aspecto que suele constar en la historia clínica. Indicó que el grado de mortalidad en Pancreatitis aguda leve es de un 2%; a propósito del pseudoquiste (del cual se observaran después más referencias), explicó que no recuerda cuando se puso de manifiesto, pero supone que sería a lo largo de la evolución de la pancreatitis; para tal elemento, señala que el tratamiento depende de la situación del paciente así como de las disponibilidades del centro, siendo normal que al paciente se le de un tratamiento antibiótico. Por otro lado, afirmó que no es posible prevenir al 100% una pancreatitis una vez realizada la intervención colecistectomia, dado que puede no deberse a una piedra en la vesícula, aunque ello sea lo razonable. Por último indico que, en el caso de que haya negativa al tratamiento propuesto, él no sabe si se le da documentación al respecto.

Por su parte, D. , perito de la actora, explicó, ratificándose en su informe, que el caso de autos parecia claro desde el principio que era pancreatitis leve de origen biliar, y que para esos casos la indicación es quirúrgica a realizar en 3-4 semanas, puesto que se pretende con ello quitar el origen que provoca la pancreatitis, por lo que si se hace la cirugía se elimina la posibilidad de que haya nuevos episodios, pues tal es la finalidad, cuestión que afirma rotundamente. Explicó que en el caso de que un paciente joven, después del alta tras el primer ingreso, en esas 3-4 semanas se le informa de las ventajas de realizar la intervención, y hay que documentar sobre que si no se hace, puede tener riesgos graves, siendo la principal ventaja la de evitar al 100% una pancreatitis; en torno a las consecuencias de no aceptar la cirugía, indicó que el porcentaje de pacientes que no se operan y vuelven a tener episodio en un año, es del 50% de pacientes, siendo superior el porcentaje en el primer mes tras la negativa. Asimismo, señaló que lo habitual es que las siguientes pancreatitis tras

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

una leve, sean graves si no se tratan de la forma explicada. Sobre la mencionada obesidad como causa de la patología, entiende que ello es un dato objetivo que tiene que constar en la historia clínica, objetivándose con la masa corporal para que pueda ser algo tenido en cuenta, pero que ello no es contraindicación de la cirugía, pues el proceso debe ser exactamente igual, si bien en el caso de autos no está reflejado el dato de obesidad mórbida en ningún documento; asimismo sobre el folio 6 de historia clínica y sobre si constaba que tiene una obesidad importante, él entiende que eso no es un dato, que el dato objetivo es la masa corporal, no apreciaciones subjetivas. Centrándose en el segundo episodio, cuando ingresa por la pancreatitis grave (en Febrero de 2012), entiende que hubo un mal manejo del paciente, dado que las pancreatitis se dividen en varios grados, y que en el caso leve, si el paciente no mejora con medidas conservadoras, la única indicación valida es la quirúrgica, a realizar en 30-40 días. Sobre el pseudoquiste señaló de forma coincidente con el resto de peritos, que era de 18 cm, lo cual es bastante grande, y con independencia de que este infectado o no, hay que drenarlo, pues era un elemento que iba a ocasionar problemas si o si; afirma que este segundo episodio no se hubiese producido de haberle intervenido de forma precoz, desde la consulta, por lo que considera curioso que no conste que se le explicó todo y que se le informó de las ventajas e inconvenientes, dado que lo normal es que quede reflejada la negativa, y desde luego explicarle la necesidad de cirugía, y que esta es de bajo riesgo; también, sobre el pseudoquiste indica que la necrosis pancreática requiere una punción con aguja fina, para drenar los quistes que presionan; además, considera que en este caso se hizo tardía, porque si no se produce el drenaje (quirúrgicamente o con aguja) lo que ocurre es que el quiste crece y se hace más grande, por lo que aunque luego se drene, el daño es ya irreparable; señaló que tal punción debió hacerse tras el tratamiento conservador, en cuanto continua la colección creciendo mas de 10 cm, puesto que cuando ya son tan grandes es sencillo incluso hacerlo por vía radiológica. A respuestas de las preguntas de la codemandada, indicó que es totalmente posible evitar pancreatitis al 100% con la cirugía, si, puesto que nunca sería posible que se diese otra vez, porque se elimina la causa; explicó que la mortalidad en pacientes menores de 70, en pancreatitis es del 20-30%, y que no son obligatorios los tratamientos antibióticos, pero lo normal es pautarlo para prevenir la infección del quiste, que es habitual que se produzca. Explicó que la sepsis es un síndrome en algunos pacientes cuando están hemodinamicamente inestables como fue el caso, y él considera que había una sepsis de origen abdominal, que se determina con esos parámetros, y que si en en los cultivos no había muestras de que hubiese infección, se debía a que se estaban suministrando antibióticos. Señaló igualmente que los TACs realizados no fueron suficientes, porque no se realizó nada para tratar lo que diagnosticaban, de modo que no ofrecían solución.

El Dr. D. , respecto de su informe -del cual se ratificó- explico que en cuanto al primer ingreso, fue correcto el tratamiento conservador, sin lugar a dudas, pues no había otra actuación que procediese; entiende que suficiente el seguimiento de la enfermedad, siendo además exhaustivo dado que el paciente estaba hemodinamicamente estable; sí que afirma que, en ese primer momento, pueden derivarse consecuencias devastadoras si no se trata correctamente, y que lo habitual es operar e 3-4 semanas, pero pueden darse otras circunstancias que no aconsejen eso; la diferencia con el segundo ingreso es que en ese presentaba ya una pancreatitis aguda en su grado máximo, y en este estado hay un alto porcentaje de mortalidad. Destaca la anotación que hay en la historia clínica sobre el momento en que debía ser operado, pero considera que en ese momento no estaba en condiciones de ser operado. Sobre la punción en Abril de 2012, entiende que era la técnica adecuada y correcta, aunque haya otras igual de aconsejables, y considera correcta la vía de abordaje del día 15/04/2012, pues no entiende que la paroscopia tenga mas eficacia o beneficiosa que la cirugía; igualmente, sobre la sepsis, entiende que en este caso no hay motivo para asegurar que se diese. En cuanto a la causa del fallecimiento, considera que se debió a la evolución desfavorable y a la gravedad de la patología que tenía el paciente; y explico ello dado ante la pancreatitis grave, entiende que la operación no se realizó muy fuera del rango de 10-40 días, ya que fue al día 42; sobre la necrosectomia considera que aunque

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	5/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

hay trabajos que mencionan hacerlo en 4 semanas, pero eso es el mínimo, sin que haya un momento más exacto que otro, sin que sea relevante el hecho de que la evolución era mala, pues el problema era decidir cuando realizarlo, sobre todo porque estaba hemodinamicamente estable; él entiende que lo más correcto siempre es esperar. En cuanto al pseudoquiste explicó que era suficientemente grande como punzarlo, pero que no se puede quitar, porque no es un quiste en realidad, por lo que hay que drenarlo ya que no tiene pared propia, y lo aconsejable es vaciarlo. Explicó que la colecistectomia no es grave, pero tiene muchas complicaciones. Y a la pregunta de si hubiera sido operado en el primer ingreso, lo ocurrido habría pasado, considera que eso es algo que no se puede saber nunca al 100%.

Por su parte, D. inició su intervención señalando que recuerda el caso, y que supuso una discusión en su trabajo por la idoneidad de la cirugía después del segundo ingreso, como resumen de lo acontecido. Sobre el primer ingreso, afirma que no se consultó con ningún cirujano, y se llegó a la conclusión de que no estaba en conclusiones de operarse, pues estaba fuera de los indices adecuados para hacerlo. Confirmó que se volvió a ver al paciente a los 2 meses prácticamente, a finales de Febrero, y que ciertamente no es habitual que se produzca ese retraso; lo ideal habría sido era operar en 2-4 semanas, sabiendo como está el paciente, que riesgos tiene, y eso no constaba en este caso cuando les llegó el paciente por segunda vez; explicó no obstante que lo normal es que un paciente con pancreatitis no se opere de inmediato, pero cuando tras el primer cuadro les consta que tienen una vesícula habitada, suelen plantear que al ser una pre-consulta que el paciente, o no se vaya del hospital, o reingrese en un plazo de menos de un mes para evaluar; en este caso, señaló que lo remitieron tarde a consulta para decidir sobre la cirugía. Indicó que la cita se realizó a través de un centro de citas del SAS por lo que no es el procedimiento que sería habitual en este tipo de pacientes. Sobre el folio 60 del expediente, explicó tras evolución favorable de la pancreatitis se remite a la consulta de cirugía para programar operación con un juicio preferente, y él tiene claro que se cito por un canal ordinario cuando a esos pacientes se les cita incluso de viva voz. Indicó que 19/12/2011 se le dio de alta por pancreatitis bilial, y que se le debió citar para operarle en un mes o algo más, eso habría sido lo correcto, pero no fue así, siendo siempre la finalidad evitar un nuevo episodio; explicó que si se hubiera operado en 4 semanas, se podría haber evitado el segundo episodio, pues evidentemente quitaría la causa básica, pero se mantiene el riesgo, si bien destacó que lo que ocurrió fue que no admitió la cirugía el paciente. Sobre el informe de obesidad y de que no se quería operar, reseñó que es cierto que él no estuvo presente en consulta, si no que hace un informe después con lo que le refiere el facultativo de la consulta, por lo que no hay nada escrito sobre eso, solo la información que le dio el facultativo, aunque en la historia clínica no consta nada de esa consulta; igualmente él no sabe si en la historia quedó algo plasmado o no sobre la información que se dio al paciente; sobre la citada cuestión de la obesidad mórbida se puede entender como enfermedad, y ciertamente debería haber indice de masa corporal plasmado, pero no lo ve tan determinante, y lo afirma de los comentarios de los compañeros que le habían hecho sobre el paciente. Explicó que la consulta fue muy tarde, pero ello no motivó que no hiciesen cirugía, si no que el paciente no se operó porque no quiso operarse, aunque no niega que sea extraño que no haya rastro de esa negativa, pero que entiende que es perfectamente normal que el paciente pueda rechazar la cirugía, y destaca que la situación del paciente, en cualquier caso, era muy compleja; indicó que en la consulta además había una enfermera. Explicó que no es simple la cuestión sobre si existe o no protocolo o documento, que se haga firmar a los pacientes cuando hay negativa a operarse, pues al paciente que se quiere operar, se le da el documento para que lo firme, pero legalmente hay un plazo para que lo haga, porque generalmente no lo va a hacer el mismo día, y si la rechaza, simplemente no se firma el documento, ni se lo lleva. Respecto del segundo ingreso, considera que se llevaron a cabo todas las actuaciones que eran precisas, teniendo en cuenta las condiciones del paciente,y cree que poco mas se podría haber hecho.

Código Seguro de verificación:nRKiRFD1EUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFD1EUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	6/12

nRKiRFD1EUMKj2SF7Z6SVQ==

Y, practicada su testifical-pericial por vía del auxilio judicial, Dª . respecto de cada una de las preguntas que fueron formulada por las partes en sus respectivos pliegos, señaló que, respecto del paciente, la opción que se tomó fue la de derivarlo a las consultas de cirugías tras el primer ingreso, y que lo normal es que se deba intervenir cuando haya recuperación de pancreatitis, aunque no haya consenso sobre que tiempo en concreto; sobre que se le citó para el 24 de Febrero, considera que hubo un retraso, puesto que era una fecha mas bien lejana; sobre si en tal consulta, una vez le expusieron la cirugía, indicó que en la historia se solicitaron las anotaciones del 24 de febrero, pero no constaba nada sobre una negativa a la intervención, aunque hay referencia de que se realizó, pero no hay anotaciones expresas; destacó en cualquier caso que, por lo que se le informó a ella, tras la explicación al paciente, este decide no intervenirse; considera que si se hubiese intervenido entre 2-4 semanas, el desenlace se hubiera evitado; explicó al respecto de la séptima pregunta del actor, que al paciente se le informa de los riesgos de cirugía y de no intervenirse, si bien que no se da un documento de consentimiento informado ante una negativa, si no que, si hay negativa no hay documento a firma, aunque lo habitual es que se anote en la historia; en cualquier caso, aclara que tras la información verbal es el paciente el que toma la decisión; sobre si la prueba que se hizo 43 días tarde, fue algo correcto, explicó que hay que ver la evolución que tiene el paciente, y en el momento en que se hizo considera que el seguimiento fue correcto, y sobre el hecho de que no se realizase actuación para drenar, indicó que en TACs anteriores no se veía el pseudoquiste, por lo que no era preciso drenar, ya que el día 21/03 es cuando se puso de manifiesto por lo que fue correcto; sobre el pseudoquiste, entiende que no es suficiente por si mismo para intervenir el hecho de que aparezca, si no que con el seguimiento se valoraría, e insiste en que el seguimiento era correcto. A preguntas del SAS explicó las diferencias entre pancreatitis aguda leve y aguda grave, definiéndolas como una inflamación anómala de páncreas, con múltiples causas, que son de origen biliar o del alcohol, siendo el primero el caso del paciente; las leves son las frecuentes, que fue la que tuvo en el primer ingreso, y se soluciona en propio tiempo, que es lo que ocurrió; la grave es la que pasó en el segundo ingreso, por complicaciones locales (como pseudoquiste); aclaró que en cualquier caso, que sea leve o grave es imprevisible, no depende del tratamiento. Sobre el caso de autos, volvió a indicar que el paciente ingresa el 02/03/2012 por pancreatitis aguda, de origen biliar, y se le traslada al planta, pero al día siguiente tuvo un deterioro importante, y ya se hicieron pruebas; es en el TAC cuando la pancreatitis es grave, con necrosis mayor del 50%, por eso se le traslada a la UCI; continua explicando que desde el traslado de UCI a planta, el día 07/03/2012, y para proceder al seguimiento , se le dio reposo digestivo; calificó el seguimiento como correcto, y que fue el día 21/03/2012 cuando tuvo un pico febril y se sacan puntos de sangre y se añadió nuevos antibióticos, haciendo nueva imagen para ver la evolución, y es en esa cuando se pone de manifiesto el pseudoquiste, pero que siempre el seguimiento fue adecuado; insistió en que por el pseudoquiste no es razón bastante para proceder a cirugía, porque pueden resolverse en tiempo, aunque en el caso del paciente fuera grande, dado que el tamaño por si mismo no es indicación de cirugía. Concluyó indicando que nunca hubo desatención del paciente, y que el fallecimiento solo estaba relacionado con la gravedad de la patología.

CUARTO.- Analizado todo lo anterior, este Juzgador llega a varias conclusiones que permitirán establecer un juicio sobre la actuación realizada por el personal del Hospital.

De un lado, resultan claras las causas del fallecimiento del paciente, y estas se resumen en que no se llevo a cabo la intervención necesaria -una colecistectomía- en el tiempo que habría sido prudente, para evitar una agravación de la situación del paciente, derivado de un episodio de pancreatitis biliar (y de esto último para este Juzgador hay prueba suficiente), que comenzó siendo leve, y que se tornó grave en el segundo ingreso del paciente, momento que incluso fue incluso anterior a la cita a consulta de cirugía que había sido dada, y con independencia de lo que aconteciese en la misma. Así, ingresado el 14/12/2011 por una pancreatitis aguda leve de origen biliar, lo que se puede comprar de las actuaciones es que se

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	7/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

optó por una recuperación del paciente, y se le dio cita para el 24/02/2012, dándose el hecho de que el paciente fue dado de alta de ese primer ingreso el 19/12/2011 ante la mejoría del paciente; partiendo de la base de que prácticamente existe coincidencia en afirmar que para los síntomas del paciente -más allá de que se produjese su estabilización- lo oportuno es intervenir en un plazo no superior a 2 a 4 semanas, y que ello no se hizo hasta cuando ya era tarde, resulta evidente que una consulta para el 24/02/2012 excedía de forma injustificada de ese plazo, siendo una cirugía que, dejando de lado la eventual negativa del paciente, si se lleva acabo, iba a evitar en un alto porcentaje el resultado que finalmente se produjo.

Llegados a este punto, este Juzgador llega incluso a la conclusión de que puede ser irrelevante el dato que la demandad ha invocado de forma más o menos constante como base de su oposición (al margen del correcto seguimiento que se hizo del paciente), cual es la negativa del paciente y la situación de obesidad mórbida de que adolecía el paciente. Se tornan irrelevantes, de un lado, y respecto de la obesidad, dado que no consta dato alguno al respecto sobre que ello fuese cierto, pero es que tampoco se ha explicado suficientemente que de darse tal circunstancias, la actuación a verificar hubiera debido ser distinta; es decir, si el hecho de padecer obesidad empece a que se lleve a cabo igualmente la cirugía para eliminar la pancreatitis. Y de otro lado, porque no ha habido forma eficaz, clara e indubitada de demostrar lo que se derivó de la consulta de 24/02/2012; de la misma solo se ha hecho indicación de las referencias que fueron expuestas anteriormente por el Sr. a quien le habían sido dadas para realizar su informe, pero sin que conste indubitadamente los extremos de lo que se trató en tal consulta, no quedando en ningún sitio reflejada la negativa del paciente; cierto es -tanto porque se ha expuesto como porque resulta un hecho conocido-, que lo habitual es que conste el consentimiento del paciente al firmar el documento del consentimiento informado, de lo cual cabría deducir (como no puede ser de otro modo) aceptar la intervención, pero no puede dejar de tener relevancia que de algo tan determinante como la negativa a someterse a una intervención tan necesaria, no quede una constancia que sea suficiente, o pueda ser debidamente corroborada; en cualquier caso, y como se adelantaba, torna irrelevante si tenemos en cuenta -como ya se indicó- que ello se habría producido en cualquier caso tarde, pues la intervención debió realizarse con mucha más antelación, y ya incluso podía ser intrascendente que el paciente se negase dado el estado en el que se encontraba; en tal sentido, lo que es achacable es que el paciente llegase a este estado al no procederse a la intervención (o al menos ofrecerla) en un momento anterior que habría sido no solo deseable, si no lo acorde a la *lex artis*, puesto que, como ya se ha indicado, hubo un retraso importante e injustificado en la derivación a cirugía, que influyó irremediablemente en el empeoramiento del paciente.

Dando un paso más, y en consonancia con todo lo anterior, no se está afirmando que el seguimiento que se hizo del paciente, cuando fue necesario, no fuese exhaustivo ni correcto, ni se postula que la no plasmación de la negativa a la cirugía (si eso paso) suponga *per se* una infracción de la *lex artis* por una mala praxis que ineludiblemente sea la causa de la muerte, si no que de partida, la solución que podía evitar la causa de la pancreatitis, se iba siempre a adoptar tarde teniendo en cuenta la inexplicable tardanza en la consulta que se había programada. De igual modo, este Juzgador considera también que no existe modo alguno de determinar con total certeza si el fallecimiento pudo haberse evitado, aún interviniendo en un momento anterior. Así, se puede afirmar que la actuación verificada por el servicio de salud al afrontar la situación del paciente en el primer ingreso, influyó irremediablemente en que luego la situación empeorase por concertar una consulta demasiado lejana, pero no está unida en una absoluta relación de causalidad con el fallecimiento; pero lo que si se puede afirmar es que contribuyó en gran medida a **disminuir** la **probabilidad** de un mejor tratamiento y una postulable supervivencia, al no derivar a cirugía en un tiempo menor, sin que haya una razón inexcusable que lo justifique, o al emplear los medios que luego se usaron, pero ya tardíamente. Así, la forma en que surge el nexo causal para imputar responsabilidad a la demandada, radica precisamente, no en que la actuación realizada fuese defectuosa, si no en

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	8/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

su realización tardía, permitiendo que se produjese un empeoramiento del estado del paciente, dándole incluso de alta.

Respecto a tal perdida de oportunidad, conviene recordar los principios fundamentales de la teoría de la oportunidad; así, cabe mencionar la Sentencia de Tribunal Superior de Justicia de Valladolid de 27 de Julio de 2012, Sección Tercera, Recurso 2810/2008 entre otras: *"Las SSTS de 16 de enero de 2012 y 16 de febrero de 2011 recuerdan, con cita de la STS de 23 de setiembre de 2010 que la "privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de "pérdida de oportunidad" -sentencias de siete de septiembre de dos mil cinco, veintiséis de junio de dos mil ocho y veinticinco de junio de dos mil diez- se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias", insistiendo, con cita de la STS de 7 de julio de 2008, en que "acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea o, que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. Con tal forma de razonar se desconocen las especialidades de la responsabilidad pública médica y se traslada al afectado la carga de un hecho de demostración imposible (...) Probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible. Así lo demanda el principio de la «facilidad de la prueba», aplicado por esta Sala en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas".*

La STS. de 11 de Junio de 2012 recuerda que la "pérdida de oportunidad", como señala la STS. de 19 de Octubre de 2011, *«se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo».*

QUINTO- Lo analizado conduce a admitir que existe responsabilidad patrimonial de la Administración en este caso, de modo que procede analizar la cuestión referida a la indemnización que procedería otorgar, en atención a lo expuesto en la Demanda. Así pues, en la fijación de tal indemnización a conceder, la doctrina de la pérdida de oportunidad parte de que sea posible afirmar que la actuación médica privó de determinadas expectativas de curación o de supervivencia que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente.

La Sentencia de Tribunal Superior de Justicia de Valladolid de 20 de Julio de 2012, Sección Tercera, Recurso 1983/2008 establece que "*En lo que respecta a la llamada doctrina de la pérdida de oportunidad, la misma ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo en las Sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, así como en las de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho*

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	9/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable".

Sobre esta cuestión, la STS de 12 de Julio de 2007, tras declarar que *"hubo un error de diagnóstico al no valorarse adecuadamente que el paciente sufría un infarto, error que se produjo por una evidente mala praxis médica, al no tener en cuenta padecimientos de aquel, que hubieran debido ser necesariamente considerados por su gravedad, en función de los síntomas con los que aquel acude a la consulta médica"*, añade que *"Al no diagnosticarse en forma, por esa mala praxis médica, la crisis que sufría el marido de la recurrente, remitiéndole a su domicilio sin un tratamiento adecuado, con independencia de cuáles hubiesen sido los resultados finales de ese tratamiento, se le generó la pérdida de la oportunidad de recibir una terapia acorde a su verdadera dolencia y por tanto se ocasionó un daño indemnizable, que no es el fallecimiento que finalmente se produjo y respecto al cual es imposible médicamente saber como dice el informe de la médico forense, si hubiese podido evitarse, sino esa pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado"*, entendiendo la STS de 12 de Marzo de 2007 que, en estos casos, es a la Administración a la que incumbe probar que, en su caso y con independencia del tratamiento seguido, se hubiese producido el daño finalmente ocasionado por ser de todo punto inevitable.

En el presente caso nos encontramos ante un supuesto en el que, efectivamente, existe la incertidumbre acerca de si la intervención que señala la actora, realizada en un momento anterior, pudiera haber supuesto la evitación del fallecimiento. Es pues precisa la aplicación de esta teoría, si bien debiendo tenerse en cuenta cuales son los criterios legales para la fijación de indemnizaciones. La recurrente, en su Demanda señala postulable la aplicación del conocido Baremo, y se aferra a la Jurisprudencia del Supremo para realizar una valoración que entiende justa, y cifra una indemnización resultante de otorgar a cada progenitor 60.000 euros y 10.000 euros a cada hermano.

La propia Sentencia de la Sección IV de la Sala 3ª del Supremo, de 03/12/2012 que señala la actora en su Demanda, reseña el siguiente párrafo:

"Sin embargo, ello no determina que, en aplicación de nuestra doctrina antes expuesta debamos reducir en un 75% la cantidad señalada como indemnización por el Tribunal de instancia. Pues, casada la sentencia en este punto, debemos resolver la cuestión de fondo con libertad de criterio, y en tal sentido hemos de poner de manifiesto que el Tribunal de instancia realiza para la valoración del daño ***una indebida aplicación automática de los criterios de la Resolución de la Dirección General de Seguros de 20 de enero de 2011****, porque los* ***baremos*** *aprobados por la Administración para calcular los daños personales derivados de accidentes de tráfico han sido utilizados por la jurisprudencia para valorar esos mismos daños cuando hayan sido producidos dentro del ámbito de la Administración sanitaria o de otros ámbitos distintos del de la responsabilidad de las compañías aseguradoras de vehículos de motor simplemente con carácter orientativo, sin que esa aplicación excluya la necesidad de valorar todas las circunstancias que concurran en cada caso para lograr la total indemnidad del daño ocasionado. Valoración que solo se contempla en aquellos baremos atendiendo a* ***criterios generales*** *que son útiles en muchos aspectos, entre otros el de permitir a las entidades aseguradoras formular previsiones fundadas en criterios de fiabilidad, de modo que puedan calcular las primas exigibles en atención al grado de probabilidad de producción de los diferentes siniestros y a la determinación precisa de la indemnización procedente en cada uno de ellos, pero que no pueden aplicarse sin matices cuando se trata de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, independientemente de que ésta haya asegurado esta circunstancia*

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	10/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==

con alguna sociedad privada y que en el contrato suscrito no se haya puesto límite alguno a la suma asegurada".

Comparte este Juzgador el punto de vista que se puede concluir de tal pronunciamiento; ciertamente, la aplicación el baremo no ha de ser automática en casos así, pero puede ser orientativa; y huelga señalar que los criterios que usa tal instrumento y que refleja la Ley en que se contiene, desde un punto de vista muy general, no pueden ser puestos en entredicho y responden a la realidad, la lógica y la equidad.

Dicho lo anterior, este Juzgador no hará una aplicación automática del baremo pero va a basarse en tal instrumento para intentar concretar unas cuantías, sin olvidar lo abstracta y relativa que resulta esa tarea. Aplicando pues las tablas del baremo, a la fecha de la muerte, y tratándose de un menor de 30 años (nacido el 07/12/1982, fallecido en Febrero de 2012), que convivía con los progenitores, conforme al Grupo IV de la tabla I del anexo, corresponde a los **progenitores** la cantidad global y conjunta de 102.170,58 euros, al existir convivencia y ser menor de 65 años el fallecido. A los hermanos consigna el baremo la cifra de 18.576,46 euros, cantidad siempre orientativa y siendo esa cifra un tope; teniendo en cuenta que la parte actora interesa en su Demanda 10.000 euros por hermano (son 3), por exigencias del principio dispositivo y por considerarse una cantidad adecuada, se estima esta en su totalidad. La todos esos conceptos sería la de 132.170,58 euros, pero no ha de olvidarse la inevitable reducción que ha de suponer la aplicación de la doctrina de la perdida de oportunidad, que es la que impera en esta Resolución y ondea en el asunto de autos, en términos que ya han sido expuestos; reducción que no puede exceder del 10%, pues queda ello justificado, a juicio de quien suscribe esta Sentencia, en que se mantiene mucha incertidumbre sobre si la muerte era o no inevitable al 100%, pero no se duda que una consulta para cirugía y la práctica de la misma en un tiempo menor -lo cual no se hizo debido a una infravaloración de las circunstancias del paciente-, habría contribuido a abordar con mayor eficiencia el tratamiento de la paciente, con independencia de cuál hubiera sido el desenlace; la reducción indicada se considera pues como la justa y adecuada.

Expuesto todo lo que antecede, la cuantía que se estima adecuada como indemnización sería la de **118.953,52 euros**, cantidad que debe verse incrementada en los intereses legales que se produzcan contados desde la fecha de interposición del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial.

SEPTIMO.- Todo lo que se ha expuesto supone una estimación parcial de la Demanda, por lo que no procede hacer expresa imposición de costas conforme al Art. 139 de la LJCA

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación

FALLO

SE ESTIMA PARCIALMENTE el recurso contencioso administrativo interpuesto por D. Dª ., D. , y Dª contra la resolución a la que más arriba se ha hecho expresión, por lo que se condena solidariamente al SERVICIO ANDALUZ DE SALUD a indemnizar a la recurrente en la cantidad de **118.953,52 euros** como perjudicados por el fallecimiento de D.
más los intereses legales, computados desde a fecha de presentación del escrito de responsabilidad patrimonial. Sin costas

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

Notifíquese esta resolución a las partes, haciéndoles saber que, contra la misma, cabe interponer recurso de Apelación.

Así por esta mi sentencia, lo acuerdo, mando y firmo.

Código Seguro de verificación:nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	JUAN SANTIAGO RODRIGUEZ RUIZ RICO 24/10/2018 10:22:11		FECHA	24/10/2018
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==	PÁGINA	12/12

nRKiRFDlEUMKj2SF7Z6SVQ==