



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **272/2016**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de octubre de 2016, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 13 de octubre de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otro, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **383/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada de 23 de octubre de 2014, x, y presentan reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Consejería de Sanidad por los siguientes hechos, según describen:

El 22 de octubre de 2013, x (el paciente en lo sucesivo), de 82 años, fue sometido a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E) en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, practicándole una Coledocolitis, Esfinterectomía y Papiloplastia en el citado Hospital.

El 7 de noviembre siguiente, el paciente requirió un nuevo ingreso, pasando en fecha 11 de noviembre a la UCI con el diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante.

En fecha 18 de diciembre fue dado de alta en la UCI y trasladado a planta a pesar de que su estado no lo aconsejaba, por presentar evidentes dificultades respiratorias y por el alto grado de atención que requería por parte del personal sanitario.

A las dos horas de estar en planta, el paciente presentó una insuficiencia respiratoria aguda, coincidiendo con la ingesta de un batido sin que el personal sanitario comprobara previamente si podía ingerir dicho alimento por vía oral.

Tras este episodio, los familiares procedieron a llamar al personal sanitario responsable, sin que se produjera atención efectiva hasta 30 minutos después cuando fue trasladado de nuevo a la UCI. Tiempo después, de forma

sorpresa, son informados de que su padre había fallecido como consecuencia de una broncoaspiración.

Según afirman los reclamantes, el fallecimiento que tuvo lugar el día 18 de diciembre de 2013 se debió a una insuficiencia respiratoria aguda relacionada con la administración de alimento, sin haber comprobado previamente su tolerancia por vía oral, a pesar de que se había estado alimentado con sonda nasogástrica de forma prolongada y tras haberse producido varios intentos infructuosos de retirada de la asistencia respiratoria en días previos. También imputan al personal sanitario un retraso de más de 30 minutos en prestar asistencia médica a su padre tras avisarlo de la grave situación de insuficiencia respiratoria.

Sostienen que se les ha ocasionado por la Administración sanitaria un daño evidente como consecuencia de su anormal funcionamiento, todo ello como resultado de una inadecuada y deficiente prestación de asistencia sanitaria, así como adicionalmente de un incumplimiento del deber de información y documentación clínica.

Tras relacionar los fundamentos de derecho de su pretensión, solicitan que se le reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración en la cuantía que precisarán en el momento procedural oportuno y que comprenderá la totalidad de los daños y perjuicios, daños morales y cualquier otro concepto que proceda.

Junto a su reclamación presentan diversa documentación relativa al certificado de defunción, a la legitimación de los reclamantes e informe clínico de alta de UCI e interesan que se les dé traslado de la historia clínica completa de su padre, x.

SEGUNDO.- Con fecha 10 de noviembre de 2014 se dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación formulada por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, que fue notificada a los reclamantes el 24 siguiente según el acuse de recibo.

TERCERO.- Mediante oficio de 10 de noviembre de 2014 se solicita al Director Gerente del Área de Salud VI - Vega Media, al que pertenece el Hospital General Universitario Morales Meseguer, la copia de la historia clínica del paciente y los informes de los profesionales que le asistieron. De la misma fecha son los oficios remitidos al Director General de Asistencia Sanitaria comunicándole la reclamación formulada, así como a la Correduría -- a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Ente Público.

CUARTO.- En fecha 23 de marzo de 2015 (registro de entrada) se recibe la documentación solicitada al Hospital precitado, acompañando la historia clínica de x (folios 22 a 366) y el informe del Dr. x, facultativo especialista en medicina intensiva, de fecha 18 de diciembre de 2014, en el que expone lo siguiente:

"Destino: EXITUS Estancia: 1 días.

MOTIVO DE INGRESO: Paciente de 82 años que consultan fiebre.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Alergias medicamentosas: No conocidas. HTA, DMNID, Dislipemia, Cardiopatía isquémica. IAM hace 15 años Colecistectomizado. Ingreso a mediados de Octubre del 2013 por coledocolitiasis, realizándose CPRE que se complicó con pancreatitis posot-CPRE y fracaso renal, precisando ingreso en UCI. Fue dado de alta a domicilio el 7/11, volviendo a ingresar tres días después (otra vez en UCI) por pancreatitis necrótica infectada grave, por la que precisó intervención quirúrgica (necrosectomía). Precisó intubación y conexión a ventilación mecánica, y finalmente se realizó traqueostomía. La evolución fue favorable, siendo posible decanular e iniciar dieta oral con líquidos a partir del 15/12 con buena tolerancia. Fue dado de alta a planta el 18/12 con gafas nasales y buena situación clínica. Tratamientos crónicos: Ramipril 10 mg/24 h., Atenolol 50 mg/24h., Lecardipino 10 mg/24h., Ácido acetilsalicílico 150 mg/24 h., Simvastatina 40 mg/24h., Omeprazol y Metformina, Situación basal: Clase funcional I. No ortopnea.

HISTORIA ACTUAL:

A las 2 horas de estar en planta el paciente comienza, de forma súbita y coincidiendo con la ingesta de un batido vía oral, con insuficiencia respiratoria severa: taquipnea, tiraje intercostal y SatO2 del 60% que no mejora a pesar de oxígeno terapia con mascarilla reservorio. Se nos avisa por este motivo; procedemos a aspiración orofaríngea de secreciones, obteniéndose además parte de la nutrición que se le había dado previamente. Ante la situación de insuficiencia respiratoria hipoxémica decidimos su reingreso en nuestra unidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO

Glasgow: 6, Piel y mucosas: Pálidas y deshidratadas, TAS: 110.0, TAD: 80.0, Tpta (°C): 36.0, FC: 100.0, FR: 35.0, Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos, Auscultación respiratoria: roncas y sibilantes generalizados Abdomen: globuloso con ruidos presentes Extremidades: sin edemas.

RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

RX de Tórax: sin infiltrados claros, posible atelectasia basal derecha.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:

Tras su llegada a UCI aplicamos ventilación mecánica no invasiva, a pesar de lo cual persiste hipoxia severa. Finalmente procedemos a intubación y conexión a ventilación mecánica por hipoxia severa e intenso trabajo respiratorio. Posteriormente, y a pesar de FiO2 100% y PEEP elevada persisten satO2 por debajo del 60%, junto con bradicardización progresiva hasta entrar en asistolia, y siendo el paciente finalmente éxitus.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL; INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA, POSIBLEMENTE SECUNDARIA A BRONCOASPIRACIÓN. PANCREATITIS NECRÓTICA INFECTADA GRAVE INTERVENIDA RECIENTEMENTE PARADA CARDIORRESPIRATORIA. EXITUS.

PROCEDIMIENTOS: Monitorización. VMNI (1 día). IOT + VM (1 día). Sonda urinaria (1 día)".

Igualmente se acompaña el informe conjunto emitido por la enfermera x y por x, supervisora de cirugía, de fecha 10 de marzo de 2015, en el que exponen lo siguiente (folio 24):

"Relación de hechos acontecidos la mañana del 18-12-2013 con el paciente de la habitación 305-2:

El paciente ingresa en la unidad, procedente de UCI, sobre las 10:00 h. acompañado del enfermero de esa unidad. Me da el relevo explicándome su diagnóstico, los accesos venosos que lleva y los cuidados que se le han estado haciendo en su unidad. Me trae un preparado de nutrición enteral porque había tolerado oralmente en UCI y sabe que no recibimos esos preparados hasta que nos suben las unidades de farmacia por la tarde y de esta forma podía ir dándoselo la familia en la planta durante la mañana.

Tomo constantes y hago valoración de enfermería al ingreso según el protocolo de la unidad y doy el preparado de nutrición para que se lo de su hija que le acompaña en ese momento, ya que de forma habitual es administrado por los familiares durante su estancia en la unidad. La dejo dándoselo y continúo atendiendo al resto de pacientes. Los cirujanos han empezado a pasar planta y están viendo a los pacientes de las habitaciones anteriores.

No recuerdo que la familia me avise de que su familiar se encuentra mal, y soy yo la que entro en la habitación para ver cómo sigue y lo noto sudoroso y con disnea. Tomo saturación de oxígeno y tiene al 75%, entonces le pongo mascarilla de reservorio y aviso al cirujano que está en la habitación de al lado viendo a otros pacientes y le insisto en que tiene la saturación baja. Acerco carro de parada a la puerta de la habitación por si es necesario. El cirujano llama al intensivista y baja enseguida. Lo valora y le aspiramos contenido alimenticio.

El intensivista me dice que se traslada el paciente a UCI y le doy la documentación del paciente con celeridad y cargo la medicación que me indica para el traslado. Lo trasladamos a UCI monitorizando saturación y frecuencia cardíaca en todo momento.

Doy relevo al mismo enfermero que lo llevaba antes de bajar a la planta mientras lo monitorizamos y se le pone ventilación no invasiva. Vuelvo a mi unidad".

Entre la documentación aportada se encuentran los consentimientos informados para endoscopia digestiva, para CPRE y para anestesia general firmados por el paciente (folios 198 a 202).

QUINTO.- En fecha 10 de abril de 2015 (registro de salida) se solicita informe valorativo de la reclamación a la Inspección Médica y a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud (--).

SEXTO.- Por oficio de 10 de abril de 2015 (notificado el 21 siguiente) se le informa a los reclamantes que tienen a su disposición la historia clínica e informes evacuados relativos a la asistencia a su padre, x, por si quieren retirar copia de los documentos.

SÉPTIMO.- La Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud (--) aporta dictamen pericial de x, especialista en medicina interna y en neumología, que fue evacuado el 20 de mayo de 2015, alcanzando la siguiente conclusión final:

"La actuación en la atención de x es correcta en todo momento. La prueba estaba indicada dada su clínica.

Sufrió una de las complicaciones conocidas de esta técnica, riesgo ineludible e inevitable. Se actuó de forma correcta para intentar resolver la complicación. El alta de su segundo ingreso en UCI no fue precoz. Sufrió un episodio de broncoaspiración que condicionó su fallecimiento a pesar de la atención correcta dispensada".

OCTAVO.- Habiendo transcurrido más de tres meses desde la petición de informe a la Inspección Médica sin que se hubiera evacuado, el órgano instructor acuerda la continuación del procedimiento conforme Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en su sesión de fecha 27-5-2011, y con la doctrina de este Consejo Jurídico que se cita en la propuesta de resolución.

NOVENO.- Mediante sendos oficios de 21 de julio de 2015 se procede a la apertura de trámite de audiencia a las partes interesadas, sin que conste que presentaran alegaciones, pese a que los reclamantes se personaron en el procedimiento para retirar copia completa del expediente, según diligencia obrante en el folio 384.

DÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 28 de septiembre de 2015, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial porque a la vista de los informes médicos obrantes en el expediente se puede concluir que no hubo mala *praxis* y que, además, no puede apreciarse nexo de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario. Se añade que tampoco concurre la antijuridicidad del daño.

UNDÉCIMO.- Con fecha 13 de octubre de 2015 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por 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 (LCJ), en relación con el artículo 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes, en su condición de hijos del paciente fallecido según acreditan con el Libro de Familia, ostentan legitimación para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 23 de octubre de 2014 dentro del plazo del año establecido en el artículo 142.5 LPAC para la prescripción del derecho a reclamar, ya que el *dies a quo* para el cómputo de dicho plazo ha de fijarse en la fecha de fallecimiento del paciente (el 18 de diciembre de 2013), según el parte de alta por *exitus* del Servicio de Medicina Interna (UCI) obrante en el historial (folio 26).

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, sin que la falta de emisión de informe por la Inspección Médica sea obstáculo para la resolución al existir elementos de juicio suficientes para entrar a considerar la *praxis médica*, a lo que tampoco se opone la parte reclamante, que ni tan siquiera ha formulado alegaciones durante el trámite de audiencia.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Elementos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, "debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de

las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la lex artis".

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.

Por último, 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.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario. Falta de acreditación de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Según los reclamantes, el fallecimiento de su progenitor se produjo por una insuficiencia respiratoria aguda, relacionada a su vez con la administración de alimento, sin haberse comprobado previamente su tolerancia al mismo por vía oral, aún a pesar de saber que había estado siendo alimentado por sonda nasogástrica de forma prolongada y de haberse producido varios intentos infructuosos de retirar la asistencia respiratoria en días previos. Además se sostiene que hubo un retraso de más de 30 minutos en recibir la asistencia médica, una vez que se alertó al personal de la grave situación de insuficiencia respiratoria.

Frente a tales imputaciones de mala *praxis* médica, los informes médicos evacuados como consecuencia de la instrucción del procedimiento, que sostienen que la atención fue en todo momento correcta, no han sido discutidos ni cuestionados por los reclamantes en el trámite de audiencia otorgado, pese a que comparecieron ante el órgano que instruye para retirar la copia del expediente, según la diligencia obrante en el folio 384.

De lo instruido en el procedimiento y del contenido de la propuesta de resolución sometida a Dictamen en relación con las imputaciones formuladas se desprende:

1º) Frente a la imputación formulada de administración de alimento sin haberse comprobado previamente su tolerancia al mismo por vía oral, aún a pesar de saber que había estado siendo alimentado por sonda nasogástrica de forma prolongada y de haberse producido varios intentos infructuosos de retirar la asistencia respiratoria en días previos, el informe de alta de la UCI (folio 23) expone (apartado antecedentes) que durante su estancia fue posible decanular e iniciar dieta oral con líquidos a partir del 15 de diciembre con buena tolerancia, explicando a

este respecto el personal de enfermería (folio 24):

"El paciente ingresa en la unidad, procedente de UCI, sobre las 10:00 h. acompañado del enfermero de esa unidad. Me da el relevo explicándome su diagnóstico, los accesos venosos que lleva y los cuidados que se le han estado haciendo en su unidad. Me trae un preparado de nutrición enteral porque había tolerado oralmente en UCI y sabe que no recibimos esos preparados hasta que nos suben las unidosis de farmacia por la tarde y de esta forma podía ir dándoselo la familia en la planta durante la mañana.

Tomo constantes y hago valoración de enfermería al ingreso según el protocolo de la unidad y doy el preparado de nutrición para que se lo de su hija que le acompaña en ese momento, ya que de forma habitual es administrado por los familiares durante su estancia en la unidad (...)".

2º) Respecto a su fallecimiento por insuficiencia respiratoria y retraso en la actuación sanitaria, la especialista de la compañía aseguradora del Ente Público alcanza las siguientes conclusiones médico-periciales:

"1º. El paciente presentaba una coledocolitis, que es una enfermedad muy grave, potencialmente mortal.

2º. El tratamiento de esta enfermedad es mediante una CPRE, que es una prueba que permite confirmar el diagnóstico y realizar al tiempo el tratamiento. Cualquier otra opción es peor y con mayor tasa de complicaciones y mortalidad.

3º. La CPRE fue correctamente indicada, era necesaria.

4º. Sufrió una de las complicaciones mas graves de dicha técnica que fue correctamente tratada en todo momento.

5º. Requirió un reintegro por sobreinfección de la colección pancreática que fue adecuadamente manejada en todo momento.

6º. Necesitó intubación mecánica prolongada y posterior traqueostomía. El manejo fue correcto.

7º. Comenzó la tolerancia oral el día 15, progresando de forma correcta, por lo que el alta fue correcta y NO precoz.

8º. Evidentemente siendo un anciano frágil sufrió uno de los problemas típicos de esta situación, la disfagia orofaríngea, que condicionó un episodio de broncoaspiración.

9º. *Este fue correctamente atendido en tiempo y forma, a pesar de lo cual falleció.*

10º. *La atención es correcta en todo momento.*

Finalmente expone, a modo de resumen, que "sufrió una de las complicaciones conocidas de esta técnica, riesgo ineludible e inevitable. Se actuó de forma correcta para intentar resolver la complicación. El alta de su segundo ingreso en UCI no fue precoz. Sufrió un episodio de broncoaspiración que condicionó su fallecimiento a pesar de la atención correcta dispensada".

En ausencia de prueba en contrario aportada por la parte reclamante, a quien incumbe en el presente caso en virtud del principio de distribución de la carga de la prueba (artículo 217.2 LEC), este Órgano Consultivo no dispone de otros elementos de juicio de carácter técnico que permitan cuestionar las conclusiones alcanzadas.

En consecuencia, conforme a la propuesta elevada, no concurre la adecuada relación de causalidad para generar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, ni la antijuridicidad del daño por las razones anteriormente indicadas.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al no resultar acreditados los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.