



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **1/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de enero de 2020, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 17 de julio de 2019 (COMINTER 236692/2019) y CD entregado en la sede de este Consejo Jurídico con fecha 18 de julio de 2019, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y D.^a Y, siendo perjudicado D. Z, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **227/19**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 10 de octubre de 2016 D.^a X y D.^a Y, asistidas por un letrado, formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional. En ella exponen que son, respectivamente, la viuda y la hija de D. Z, que falleció el 7 de enero de 2016.

Según relatan, D. Z ingresó en el Hospital *Rafael Méndez* (HRM), de Lorca, el 14 de diciembre de 2015 y el siguiente día 28 se le intervino quirúrgicamente, dado que se le diagnosticó un adenocarcinoma gástrico. En el postoperatorio inmediato ingresó en la UCI y fue dado de alta e ingresado en planta de Cirugía el 30 de diciembre.

Las interesadas denuncian que el enfermo fue pésimamente atendido en la planta citada. Así, a los pocos días comenzó a deteriorarse su estado general, hasta el punto de que se le ingresó en la Unidad de Medicina Intensiva el 7 de enero. En ella se constató que experimentaba un mal estado general, que estaba desorientado, que emitía sonidos incomprensibles y que se encontraba taquipneico, por lo que se le practicó una intubación orotraqueal y se le conectó a ventilación mecánica. También presentó un shock séptico como consecuencia de una mediastinitis aguda por perforación esofágica.

Dada su pésima situación y la imposibilidad de atenderle en el HRM, se le remitió al Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA), de Murcia, en el que se decidió practicar una intervención quirúrgica urgente porque presentaba abdomen agudo. Se encontró entonces la herida quirúrgica anterior infectada, una evisceración de la mitad central de la herida y una peritonitis provocada por la dehiscencia de la anastomosis gastroyeyunal. Por esa razón, pasó a la UCI donde, pese a los cuidados que se le dispensaron, falleció a las 23:45 horas.

Por otro lado, las reclamantes manifiestan que no les resulta posible realizar en ese momento la valoración del daño moral por el que reclaman, pero advierten que lo llevarán a cabo más adelante.

En relación con los medios de prueba de los que pretenden valerse, proponen la documental consistente en las historias clínicas de su familiar que se encuentren depositadas en los Hospitales ya citados.

Junto con el escrito acompañan copias del Libro de Familia y de una escritura de apoderamiento conferido por las interesadas a favor del abogado interviniente.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación el 8 de noviembre de 2016, el día 16 de ese mes se remiten copias de ella a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que, en este último caso, la traslade a la compañía aseguradora correspondiente.

Ese mismo día se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud III-HRM y I-HUVA que remitan copias de las historias clínicas del paciente fallecido, de las que respectivamente dispongan, y los informes de los profesionales que le asistieron, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- El 9 de diciembre de 2016 se recibe la copia de la documentación clínica solicitada al Área de Salud III-HRM y el informe realizado el 30 de noviembre anterior por el Dr. M, Jefe de Servicio de Cirugía General, en el que se informa de la situación médica del paciente, de la intervención que se le practicó y de los cuidados que se le prestaron tras ella.

De su lectura se deduce que, hasta el 5 de enero, esto es, el octavo día del proceso postoperatorio, el enfermo experimentaba una buena recuperación, y se encontraba clínicamente bien, afebril y sin dolores. No obstante, su estado comenzó a empeorar desde ese momento, por lo que seguidamente se transcribe lo que se menciona en el informe respecto de los dos días siguientes:

"El 6/01/2016 (9º día postoperatorio) se avisa a cirujano de guardia por agitación del enfermo. El paciente se encuentra inquieto y agitado toda la noche, pero objetivamente con constantes mantenidas, afebril, manteniendo una conversación normal con el paciente, sin deterioro motor ni sensitivo. Se ha iniciado tolerancia oral y no presenta dolor abdominal espontáneo ni a la palpación. Sin náuseas ni vómitos. Se solicita analítica de control que demuestra de nuevo ausencia de leucocitosis, función renal conservada, estabilidad de cifras de Hb.

El 7/01/2016, a las 3 h se avisa de nuevo a cirujano de guardia por agitación y desorientación, sin fiebre ni dolor abdominal espontáneo ni a la palpación, por lo que se interconsulta con Internista de guardia, apreciando acidosis metabólica a descartar origen abdominal y con un dímero D muy elevado, que precisa descartar también la existencia de tromboembolismo pulmonar. Se solicita TAC toracoabdominal en el que no se aprecia imagen de TEP. Abdomen sin cambios con respecto a TAC del día 4. Se aprecia una colección en mediastino posterior-inferior, de unos 6 cms de diámetro con pequeñas burbujas aéreas que rodea a la aorta torácica inferior y el esófago. No se observa derrame pleural. Situación compatible con perforación de esófago inferior y pequeña colección mediastínica.

Se informa a la familia de la gravedad del proceso y se consulta con UCI para valoración y ajuste de tratamiento, ingresando de nuevo en dicha Unidad. Se contacta vía telefónica con cirujano de guardia de Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para traslado a dicho hospital de referencia, Unidad de Cirugía esofágica por sospecha de perforación de esófago de causa incierta, siendo trasladado la misma mañana del 7/01/2016 a dicho hospital en UCI móvil para tratamiento de dicha perforación, continuando el proceso en dicho hospital que concluye con el fallecimiento del paciente".

CUARTO.- El 13 de diciembre se remite al órgano instructor la copia de la historia clínica solicitada a la Gerencia del Área de Salud I-HUVA, un disco compacto que contiene copias de varias pruebas de imagen y el informe elaborado el día 2 de ese mes por el Dr. N, facultativo del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I del HUVA, en el que expone que el paciente *"fue trasladado de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Rafael Méndez a la UCI de HCUVA por shock en el postoperatorio de cirugía gástrica oncológica practicada en el Hospital Rafael Méndez.*

Tal y como describe el informe de UCI del HCUVA el paciente llegó sedado e intubado, hipotenso y dependiente de drogas vasoactivas. Aportaba TAC que informaba de colección secundaria a dehiscencia de anastomosis gastroyeyunal. En estas circunstancias se decidió practicar laparotomía urgente observando una infección de la herida quirúrgica además de una evisceración de la mitad central de la herida y una peritonitis localizada supramesocólica secundaria a dehiscencia de la anastomosis gastroyeyunal en el borde lateral derecho coincidente con los puntos sueltos aplicados para cerrar el orificio por donde se introdujeron las dos ramas del dispositivo mecánico durante la primera intervención.

Se decidió practicar una nueva gastroyeyunostomía manual biplano en la cara anterior gástrica chequeándose posteriormente la estanqueidad del estómago con la instilación de azul de metileno a través de una sonda nasogástrica. Del mismo modo se procedió a lavar profusamente la cavidad abdominal con suero caliente y dejar dos drenajes en el lecho quirúrgico para lavado.

La evolución posterior y desenlace fatal están representados en el informe de alta de UCI-HCUVA".

QUINTO.- El 23 de diciembre de 2016 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- Con fecha 8 de abril de 2019 se remite otra copia del expediente al Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS para que emita un informe médico acerca de la reclamación planteada. Eso se lleva a cabo puesto que en diciembre de 2016 se solicitó informe a la Inspección Médica y desde entonces ha transcurrido en exceso el plazo de tres meses previsto en el artículo 22.1,d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), al que también se refiere el Protocolo de Agilización del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración del SMS el 27 de mayo de 2011.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente el informe realizado el 30 de abril de 2019 por el citado Jefe de Servicio de

Aseguramiento y Prestaciones del SMS en el que se contienen las siguientes conclusiones:

"1.- El cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial, cuando se presenta como síndrome de obstrucción gástrica; además se asocia a una peor evolución clínica y pronóstica incluso cuando se realizan resecciones curativas. La cirugía representa la única modalidad potencialmente curativa del cáncer gástrico localizado. A pesar de los avances quirúrgicos y oncológicos, el cáncer gástrico sigue siendo un reto por su tardío diagnóstico y pobre pronóstico.

2.- Cualquier sutura del tubo digestivo puede fracasar; el tipo de dehiscencia está en relación con la modalidad quirúrgica. Son más graves cuanto más precoces y cuanto más proximales, también son más graves las laterales que las terminales (muñón duodenal) o de asas aisladas (Y de Roux).

Por consiguiente, las dehiscencias de suturas se consideran complicaciones graves ya que van seguidas de peritonitis, con sus secuelas de colecciones abdominales y sepsis.

3.- El paciente fue sometido a una gastrectomía por adenocarcinoma gástrico. Dada la grave patología del paciente (lesión neoplásica que ocupa cuerpo gástrico y curvatura menor con estenosis pilórica) era la opción terapéutica más adecuada.

4.- Entre las complicaciones graves de esta intervención se encuentra las dehiscencias y fugas anastomóticas; en el caso del presente expediente se produce una dehiscencia de la anastomosis que puede considerarse una complicación frecuente (7-29%) y muy grave y, en ocasiones, mortal (50%).

La gastrectomía total presenta una morbilidad elevada siendo la más temida de las complicaciones la fuga de la anastomosis esofagoyeyunal, con alta morbilidad y que puede suponer la muerte en un importante número de pacientes.

5.- Durante su estancia postoperatoria en el Hospital Rafael Méndez el paciente fue atendido adecuadamente en función de su situación clínica y evolutiva. El 7 de enero, es decir, al 9-10º día del postoperatorio presenta síntomas de alarma por lo que se realiza TAC que aprecia una colección en mediastino compatible con perforación esofágica por lo que se decide su ingreso en UCI y su traslado al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

6.- El paciente fue trasladado al HUVA donde fue reintervenido de manera urgente apreciándose una infección de la herida quirúrgica y evisceración de la mitad central de la herida con peritonitis localizada supramesocólica por dehiscencia de la unión gastroyeyunal. Dada la gravedad del estado clínico, el paciente fallece el 7 de enero de 2016.

7.- La actuación profesional, a la vista de la información obrante en el expediente fue correcta en todo momento. El paciente fallece por la gravedad de su patología (un adenocarcinoma gástrico) y una complicación frecuente derivada de la intervención quirúrgica practicada (gastrectomía)".

OCTAVO.- El 3 de mayo de 2015 se concede audiencia a las interesadas pero no consta que hayan hecho uso de ese derecho.

NOVENO.- El 4 de julio de 2019 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

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 17 de julio de 2019.

El siguiente 18 de julio se entrega en la sede de este Consejo Jurídico un disco compacto que contiene los resultados de las pruebas de imagen que se realizaron.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, puesto que versa sobre la propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 LPACAP y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por dos personas interesadas como son la viuda y la hija del paciente fallecido, según acreditan por medio de una copia del Libro de Familia.

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

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que 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 paciente se produjo el 7 de enero de 2016 y la solicitud de indemnización se presentó el 10 de octubre ese mismo año, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

De otra parte, como se dijo en el Antecedente séptimo de este Dictamen, se ha incorporado al expediente un informe realizado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS en abril de 2019 a pesar de que, como se ha señalado, se había solicitado previamente a la Inspección Médica que emitiera su informe valorativo en diciembre de 2016 (Antecedentes quinto y sexto) y que no ha llegado finalmente a hacerlo.

Con ello parece sortearse tanto esa exigencia como la circunstancia de que no se haya aportado ningún informe pericial a instancia de una compañía aseguradora. La intención no merece especial reproche pero en ningún caso puede considerarse que esa práctica pueda ser alternativa a la evacuación del informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios (Inspección Médica) ya que es a esta última a la que le está atribuida específicamente la competencia para elaborar informe en estos casos.

Como se expuso detenidamente en el Dictamen núm. 11/2019 de este Consejo Jurídico, ello no significa, sin embargo, que no se deba tener en cuenta el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS. Hay que reiterar que lo que no puede admitirse es que sustituya al informe de la Inspección de los Servicios Sanitarios.

Ahora bien, su condición de médico -a la que debe sumarse la de Inspector Médico a pesar de que no desarrolle esa función en la actualidad en dicho Servicio de Inspección-, le faculta para que su informe deba ser tenido en la misma consideración que cualquier otro informe médico pericial aunque no goce de las características propias de los de la Inspección Médica, que los dotan de un valor reforzado, especialmente por su no vinculación con la entidad prestadora del servicio sanitario. Según se dejó también señalado en el Dictamen núm. 368/2018 de este Consejo Jurídico, como informe médico que es, y emitido por una persona de goza de esa alta cualificación técnica, debe ser tenido en cuenta y valorado junto con el resto de informes de ese carácter médico que se hayan traído al procedimiento.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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.

De acuerdo con lo que se ha expuesto con anterioridad, las interesadas solicitan una indemnización -cuyo importe no han concretado durante la tramitación del procedimiento- como consecuencia del fallecimiento de familiar, en enero de 2016, en el HUVA de Murcia, cuando tenía 57 años. En la reclamación denuncian que el paciente fue tratado de forma inapropiada en el HRM, que fue donde se le asistió desde un principio, aunque no realizan una imputación concreta de mala praxis profesional.

De hecho, no acompañan su reclamación con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para avalar esa alegación genérica de que se le hubiera dispensado al enfermo una asistencia deficiente. Conviene recordar 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..."*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al expediente administrativo los informes de los facultativos que lo asistieron y el informe elaborado al efecto por el Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS.

En ese documento se explica detalladamente que al esposo y padre, respectivamente, de las interesadas se le practicó una gastrectomía parcial con anastomosis en Y de Roux después de que se le diagnosticara un adenocarcinoma gástrico. En este sentido, se destaca que el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial cuando se presenta como síndrome de obstrucción gástrica. Y se añade que se asocia, además, con una peor evolución clínica y pronóstica incluso cuando se realizan resecciones curativas. A pesar de los avances quirúrgicos y oncológicos, el cáncer gástrico sigue siendo un reto por su tardío diagnóstico y pobre pronóstico (Conclusión 1ª).

En ese sentido, se argumenta en el informe que era la opción terapéutica más adecuada dada la grave patología que presentaba el paciente, una lesión neoplásica que ocupaba cuerpo gástrico y curvatura menor con estenosis pilórica (Conclusión 3ª).

De igual forma, se destaca que una de las complicaciones de las gastrectomías es la dehiscencia de sutura gástrica con presencia de una infección intrabdominal (absceso o peritonitis) o fístula intestinal, que se consideran complicaciones graves ya que van seguidas de peritonitis, con sus secuelas de colecciones abdominales y sepsis (Conclusión 2ª).

En el caso concreto del paciente, se produjo una dehiscencia de la anastomosis que puede considerarse una complicación frecuente (7-29%) y muy grave y, en ocasiones, mortal (50%). De hecho, la gastrectomía total presenta una morbilidad elevada y la más temida de las complicaciones es la fuga de la anastomosis esofagoyeyunal, con una alta morbilidad que puede suponer la muerte en un importante número de pacientes.

En el informe se apunta que la asistencia durante el postoperatorio fue correcta y que fue al noveno día de ese período de tiempo cuando el paciente dio signos de alarma. Ello motivó que se le realizase una tomografía axial computarizada que permitió apreciar una colección en el mediastino compatible con una perforación esofágica por

lo que se decidió su ingreso en la UCI y el posterior traslado al HUVA.

Aunque allí se le intervino de urgencia, se apreció una infección de la herida quirúrgica y una evisceración de la mitad central de la herida con peritonitis localizada supramesocólica por dehiscencia de la unión gastroyeyunal (Conclusión 6ª).

A juicio del Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones del SMS, el enfermo falleció por la gravedad de su patología (un adenocarcinoma gástrico) y una complicación frecuente derivada de la intervención quirúrgica practicada (gastrectomía). Así, considera que la actuación profesional que se llevó a cabo fue correcta en todo momento (Conclusión 7ª).

Así pues, no se puede considerar que se cometiese, según lo instruido, ninguna infracción de la *lex artis ad hoc*, de forma que no cabe entender que exista relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el lamentable resultado del fallecimiento del paciente. Por ese motivo, no se puede declarar que la Administración regional haya incurrido en un supuesto de responsabilidad extracontractual que deba ser objeto de resarcimiento.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño por el que se reclama, cuya antijuridicidad tampoco se ha demostrado.

No obstante, V.E. resolverá.