



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 77/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de abril de 2021, 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 15 de febrero de 2021 (COMINTER_45228_2021_02_15-11_22) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 17 de febrero de 2021, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, en representación de D.^a Y, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_024), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 29 de febrero de 2020 D.^a Y, debidamente representada, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En la solicitud de indemnización expone que el día 29 de octubre de 2019, cuando se encontraba en la semana de gestación 22+1, fue ingresada en el Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HGUSL), de Cartagena, porque sufría un prolapso de la bolsa uterina, del que fue dada de alta el 5 de noviembre siguiente.

Asimismo, relata que el 18 de noviembre volvió a ingresar en el mismo centro sanitario porque presentaba dinámica uterina en su semana de gestación 24+5.

Seguidamente, relata que a las 20:13 horas del 23 de noviembre dio a luz a su hija Z, que fue ingresada al cuidado del Servicio de Neonatología porque había nacido con prematuridad extrema.

Explica que al día siguiente se conectó a la recién nacida a ventilación mecánica no invasiva (modalidad *Biphasic*) con empeoramiento progresivo y necesidad de oxígeno en aumento. Además, necesitó intubación endotraqueal y tensoactivos.

Después de 10 días de intubación endotraqueal, se extubó a la niña a las 13:00 h del 3 de diciembre de 2019. Sin embargo, como precisaba más oxígeno se decidió reintubarla por distrés y acidosis respiratoria. Después de tres intentos, la hija de la reclamante falleció a las 22:03 h.

Por ese motivo, considera que ese lamentable desenlace se produjo como consecuencia de una errónea, anticipada y precipitada (no ajustada a protocolo) decisión de extubación a los 10 días del nacimiento, ya que:

- No se le realizó ningún ensayo de respiración espontánea previamente a la extubación.
- Hubo un retraso evidente en la administración de surfactante.
- Existían signos clínicos de sepsis persistentes.
- La recién nacida presentaba un ductus arterioso persistente con repercusión hemodinámica.
- Había ausencia de intercambio gaseoso adecuado con PEEP 7-8 cm H₂O y FiO₂ 0,5.

- La reintubación resultó fallida tras 3 intentos.

Así pues, reclama por el daño moral que le ha producido la muerte de su hija y la pérdida del tratamiento de fertilidad al que se sometió y que le costó 21.000 euros.

Por lo que se refiere a la valoración del daño por el que reclama, lo fija, alzada y prudencialmente, en 150.000 euros.

Acerca de los medios de prueba de los que pretende valerse, propone que emitan informe los facultativos que realizaron tanto la extubación como los posteriores intentos de reintubación de su hija, el 3 de diciembre de 2019.

Junto con la reclamación aporta el documento de apoderamiento otorgado a favor de la representante conforme a lo previsto en el artículo 5 del Decreto n.º 236/2010, de 3 de septiembre, de Atención al Ciudadano en la Administración Pública de la Región de Murcia; el certificado de defunción de la menor; el informe del Servicio de Anatomía Patológica del HGUSL, fechado el 7 de enero de 2020, y varias facturas expedidas, entre el 31 de julio de 2017 y el 20 de junio de 2019, a nombre de la reclamante por un tratamiento de fertilización, aunque no consta en ellas el nombre de la persona física o jurídica que pudo haberlas emitido.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 9 de marzo de 2020 y dos días más tarde se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud II-HGUSL que remita copia de las historias clínicas de la reclamante y de su hija fallecida, y los informes de los profesionales que las asistieron, particularmente del Servicio de Neonatos.

De manera concreta, y por haberlo solicitado así la interesada, también se demanda que informen el profesional que realizó la extubación el 3 de diciembre de 2019 y el que llevó a cabo los tres intentos de reintubación posteriores.

Por último, se solicita que se aporte una copia del protocolo de intubación y extubación que se sigue en ese centro sanitario.

De otra parte, el 16 de abril de 2020 se da cuenta de la presentación de la reclamación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS).

La solicitud de información y documentación que se dirigió al Área de Salud mencionada se reitera el 11 de junio siguiente.

TERCERO.- El 12 de junio se reciben dos informes médicos.

El primero de ellos es el realizado el 12 de mayo por el Dr. D. P, Jefe de Sección de Obstetricia, en el que precisa que la interesada alega una *"anticipada y precipitada decisión de extubación de la hija prematura de la reclamante a los 10 días de su nacimiento"*. Por ese motivo, explica que no puede aportar ninguna información y que debe ser el Servicio de Pediatría el que informe.

El segundo es el elaborado de forma conjunta por el Dr. D. Q, Jefe de Sección de Neonatología en el HGUSL, y la Dra. D.ª R y el Dr. D. S, facultativos especialistas en Pediatría de ese mismo hospital. En él se expone lo que se transcribe seguidamente:

"La paciente referida fue atendida en la Sección de Neonatología conforme a los protocolos habituales de la Sección y a las guías de práctica clínica más actuales. En este sentido, aclaramos:

1. La decisión de extubar a Z se basó en una valoración clínica que así lo recomendaba, con una presión media inferior a 8 cmH₂O y con bajas necesidades de oxígeno. En esas condiciones, el intercambio gaseoso era adecuado. Esta actuación se apoya en las recomendaciones del consenso europeo vigente para el manejo del distrés respiratorio en prematuros. Este consenso recomienda, igualmente, proceder a extubar a los prematuros, incluso los más pequeños, tan pronto se interprete que pueda ser factible, dados los riesgos sobreañadidos que entraña la ventilación mecánica a los inherentes a su inmadurez extrema.

2. Las pruebas de ensayo de respiración espontánea se usan en algunas circunstancias, pero hay poca evidencia

de que sean realmente útiles. Esta afirmación está traducida de forma literal del consenso europeo ya mencionado. Por tanto, su uso rutinario no está indicado y puede conducir a decisiones erróneas.

3. La administración de surfactante se llevó a cabo, aproximadamente, a las 6 horas de vida. Momento en el que la necesidad de oxígeno alcanzó el 30%, tal y como queda reflejado en el evolutivo. Las recomendaciones del consenso europeo son administrar surfactante cuando la concentración de oxígeno necesaria sea mayor del 30%, tal y como se hizo.

4. Z fue examinada de forma reglada (con registro en su historial) un mínimo de dos veces al día, y en ninguna valoración se constataron datos clínicos que hicieran sospechar una infección. Se realizaron hasta 5 controles analíticos en los que los marcadores de infección tampoco sugirieron ésta. Así mismo, se realizó un cultivo de sangre en el que no se aisló ningún germen. Todos estos datos hicieron tomar la decisión de no administrar antibióticos a Z. Una base científica amplia documenta que la administración de antibióticos sin datos que lo justifique aumenta el riesgo de que un prematuro extremo fallezca.

5. Z presentó un ductus arterioso persistente con repercusión hemodinámica leve. Fue controlado en dos ocasiones y no precisaba, conforme al criterio del equipo de neonatología y de los especialistas en cardiología infantil, otras medidas de tratamiento más allá de controlar su evolución. Un ductus arterioso de estas características lo presentan prácticamente todos los prematuros tan inmaduros y no contraindica la decisión de extubar.

6. Las reintubaciones que precisó Z no se debieron a fallos en el procedimiento, sino a una ausencia de respuesta a las maniobras de reanimación. A posteriori se documentó la existencia de un neumotórax a tensión que justificaba esa ausencia de respuesta. Conforme a los datos proporcionados por la red nacional SEN 1500, el neumotórax es una complicación que se produce en un 16% de los prematuros de 24-25 sg. Provoca el fallecimiento del paciente en más de una tercera parte de los casos.

Finalmente hay que puntualizar que Z fue una prematura extrema de 24 sg, nivel de inmadurez que se considera en el límite de la viabilidad. Esto quiere decir que la decisión de prestar asistencia sanitaria en estos casos debe ser una decisión conjunta entre el equipo de neonatología y los progenitores, dada la baja probabilidad de que estos bebés sobrevivan y lo hagan libres de secuelas invalidantes. Así, en España, cerca de la mitad de los prematuros de 24 semanas fallecen durante su ingreso en neonatología. Conforme a la voluntad de las progenitoras, Z fue atendida con todos los medios sanitarios necesarios, empleados conforme a la evidencia científica más actual. La paciente falleció por una complicación inherente a la inmadurez de su organismo, manifestada de forma más patente a nivel de sus pulmones".

CUARTO.- El 15 de julio de 2020 tiene entrada el informe suscrito el por el Dr. Q, Jefe de Sección de Neonatología en el HGUSL, en el que expone que *"Con relación a la solicitud recibida para facilitar nuestro protocolo de extubación en recién nacidos prematuros, aclaramos que no existe un protocolo específico en nuestra Unidad centrado en ese tema. El manejo de los problemas respiratorios en los prematuros extremos está recogido en una guía basada en un consenso europeo actualizado en 2019 (se adjunta). El contenido de esta guía es el que se sigue en nuestra Unidad en estas situaciones y el que se aplicó en la asistencia de Z "*.

Como se ha señalado, con el informe se acompaña un documento titulado en inglés *European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome - 2019 Update*.

QUINTO.- Con fecha 16 de julio de 2020 se recibe una copia de la historia clínica de atención especializada de la reclamante y otra, asimismo de atención especializada, de su hija fallecida.

SEXTO.- El 29 de julio se envían copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente administrativo, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un dictamen médico pericial suscrito el 30 de septiembre de 2020 por cuatro médicos especialistas en Pediatría.

En el documento se recogen las siguientes conclusiones:

"1. Z nació en el Hospital Universitario Santa Lucía de Murcia a las 24 semanas + 5 días de gestación. El peso al

nacimiento fue 836 gramos. Se realizó pinzamiento de cordón a los 60 segundos de vida y se inició ventilación no invasiva CPAP en paritorio con buena respuesta.

2. Los cuidados prenatales de la madre incluyeron la administración de corticoides para maduración pulmonar fetal, así como sulfato de magnesio y profilaxis antibiótica.

3. Tras el ingreso neonatal de la paciente se constató empeoramiento respiratorio por lo que se procedió a intubación y conexión a ventilación mecánica a las 6 horas de vida, administrándose simultáneamente a la intubación una dosis de surfactante. Recibió tratamiento con cafeína durante todo el ingreso.

4. Fue diagnosticada mediante ecocardiografía de ductus arterioso persistente con escasa o nula repercusión hemodinámica, por lo que no precisó tratamiento.

5. A los 10 días de vida se procedió a retirada de la ventilación mecánica por presentar mejoría respiratoria progresiva. Pocas horas después la menor desarrolló empeoramiento respiratorio, por lo que precisó de nueva intubación. El procedimiento cursó con bradicardia que no mejoró con la reintubación y las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, produciéndose el fallecimiento a los 10 días de vida.

6. Z cumplía la definición de prematuridad extrema, que son los nacidos antes de las 28 semanas de gestación. Este grado de prematuridad e inmadurez funcional lleva aparejada una morbilidad y mortalidad muy elevadas, a pesar de los indudables avances realizados en el manejo de estos pacientes. Aun así, la mortalidad de los prematuros nacidos con edad gestacional de 24 semanas supera con mucho el 50-60%.

7. Los argumentos esgrimidos por la demanda se basan en protocolos antiguos no vigentes en la fecha del nacimiento de la paciente. En 2019 se publicó la última actualización de las Guías Europeas de Consenso sobre el manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio del recién nacido prematuro. Se puede comprobar que la actuación de los profesionales siguió, de forma rigurosa, todas las recomendaciones establecidas en estas Guías.

8. *Los profesionales que atendieron a Z actuaron de forma correcta, ajustada a protocolos y acorde a lex artis ad hoc*”.

Se remite, el 14 de octubre de 2020, una copia de este dictamen a la Inspección Médica.

OCTAVO.- El 30 de noviembre de 2020 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes, pero no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

NOVENO.- Con fecha 3 de febrero de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

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 febrero de 2021.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (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 y por daño patrimonial ha sido interpuesta por madre de la paciente fallecida,

según se deduce del contenido del expediente administrativo. Sin embargo, hay que destacar que no ha aportado copia alguna 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 de la niña se produjo el 3 de diciembre de 2019 y la solicitud de indemnización se presentó 29 de febrero del año siguiente, 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 con exceso el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha aportado la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones.

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 con 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.

Se ha explicado más arriba que la interesada solicita una indemnización de 150.000 euros como consecuencia del daño moral que le causó la muerte de su hija recién nacida, el 3 de diciembre de 2019 en el HGUSL, y el daño patrimonial provocado por la pérdida del tratamiento de fertilidad al que se sometió y que le costó 21.000 euros.

De manera concreta, la reclamante sostiene que el fallecimiento se produjo como consecuencia de una errónea, anticipada y precipitada (no ajustada a protocolo) decisión de extubación de la niña a los 10 días de su nacimiento sin que previamente se le hubiera realizado un ensayo de respiración espontánea y cuando se había retrasado indebidamente la administración de surfactante.

La interesada argumenta, asimismo, que la menor presentaba un ductus arterioso persistente, con repercusión hemodinámica, y signos clínicos de sepsis. Y añade que el intercambio gaseoso no era adecuado. Así pues, considera que se incurrió en una vulneración clara de la *lex artis ad hoc*.

Sin embargo, la reclamante no ha aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter médico-pericial, que sirva para avalar las imputaciones que realiza, a pesar de que así lo exige el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el principio de distribución de la carga de la prueba y que resulta de aplicación plena en materia administrativa.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento el informe realizado de manera conjunta por el Jefe de Sección de Neonatología del HGUSL y dos facultativos de Pediatría, que asistieron a la menor. Por su parte, la compañía aseguradora del SMS ha aportado un informe pericial elaborado, asimismo de consuno, por cuatro médicos pediatras.

Así, de la lectura del primer informe citado y, particularmente, de la parte 5 (Consideraciones sobre el caso que

nos ocupa) y de las conclusiones del informe pericial, se pueden realizar las siguientes consideraciones:

1) La extubación de la recién nacida se llevó a efecto cuando su situación clínica lo recomendaba y el intercambio gaseoso era adecuado. En este sentido, se debe reconocer que la evolución respiratoria de la niña fue buena. Además, la guía europea de consenso aconseja extubar a los prematuros tan pronto como resulte factible para evitar los riesgos que entraña el mantenimiento de la ventilación mecánica. En consecuencia, la decisión de extubar fue correcta.

2) El ensayo de respiración espontánea no se efectuó porque no resulta útil. De hecho, esta prueba puede inducir a error y en la mayor parte de las Unidades Neonatales han dejado de utilizarse.

3) Se le administró surfactante a la niña a las seis horas de vida, que fue cuando la concentración de oxígeno (superior al 30%) lo requería. Así se reconoce, además, en la Conclusión 3ª del informe pericial. Por tanto, la indicación y momento de administración de surfactante fue correcta.

4) No se constató, a pesar de las numerosas y continuas pruebas que se efectuaron, que la recién nacida sufriera alguna sepsis. Además, se sabe que no se deben administrar antibióticos a los prematuros porque hay evidencias de que aumentan el riesgo de que puedan fallecer durante esa fase de prematuridad. Por tanto, la decisión de no administrar antibióticos fue correcta.

5) Es cierto que la menor presentaba un ductus arterioso persistente con repercusión hemodinámica leve, que no exigía tratamiento alguno sino tan sólo un control de su evolución, y que no contradecía la decisión de extubar. La Conclusión 4ª del informe pericial también se refiere a esta cuestión.

6) No fue necesario intentar las sucesivas reintubaciones porque se hubieran producidos fallos de procedimiento. Se debieron a la ausencia de respuesta a las maniobras de reanimación. Luego se supo que la recién nacida sufría un neumotórax a tensión que explicaba esa falta de respuesta. Según explican los facultativos de la Sanidad pública, se trata de una complicación que se produce en el 16% de los casos de prematuros y que provoca su fallecimiento en la tercera parte de los supuestos. Los peritos añaden que el desarrollo de neumotórax es una complicación frecuente en los grandes prematuros causada por la inmadurez pulmonar y que la mortalidad de estos recién nacidos, en estos casos, supera con mucho el 50 o el 60% (Conclusión 6ª).

De lo que se acaba de exponer sólo se puede concluir que, a pesar del lamentable desenlace por el que se reclama, los profesionales que atendieron a la menor actuaron de forma correcta, ajustada a los protocolos que resultaban de aplicación y acorde a las exigencias de la *lex artis ad hoc* (Conclusión 8ª del informe pericial).

En consecuencia, no cabe entender que exista relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños moral y patrimonial que se alegan, cuya antijuridicidad tampoco se ha demostrado.

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 normal del servicio sanitario regional y los daños que se alegan, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.