



Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia

Dictamen nº 137/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de mayo de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora General del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 28 de diciembre de 2023 (COMINTER número 313986), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.<sup>a</sup> X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024\_002), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 7 de julio de 2017, D.<sup>a</sup> X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración sanitaria regional.

En ella expone que su padre, D. Y, falleció el 7 de julio de 2016 tras sufrir varios episodios autolíticos de los que sólo fue atendido de forma ambulatoria por los facultativos del Servicio de Psicología y Psiquiatría del Hospital General Universitario *Rafael Méndez* (HGURM) de Lorca. Manifiesta que no atendieron la súplica de los familiares de que se le internase en un centro psiquiátrico.

También explica que desde 2012 su padre estuvo sujeto a tratamiento farmacológico y psicoterapéutico por una sintomatología ansioso-depresiva, pero sin que se adoptaran otras medidas eficaces. Por esta razón, entiende que en algún momento del proceso asistencial se produjo una negligencia o se incurrió en mala praxis.

Entre los medios de prueba de los que pretende valerse propone la documental, consistente en la copia de los documentos que dice acompañar -pero, en realidad no aporta- y en la de la historia clínica de su progenitor. De igual modo, advierte que *instará* una prueba pericial una vez que se haya unido al expediente el historial clínico y que se haya informado, por el servicio competente de la Administración, sobre la atención médica prestada y denunciada.

**SEGUNDO.-** El 24 de julio de 2017, un Asesor Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) solicita a la interesada que acredite la legitimación con la que dice intervenir, mediante la presentación de una copia del Libro de Familia y del certificado de defunción de su padre. De igual modo, le advierte que no acompañó con su solicitud los documentos que en ella decía que adjuntaba.

**TERCERO.-** La reclamante presenta el 3 de agosto siguiente un escrito con el que aporta las copias del Libro de Familia y del certificado literal de fallecimiento de su progenitor que se le habían requerido.

De la lectura del primer documento se deduce que la reclamante tiene un hermano mayor, Z, y una hermana menor llamada P.

**CUARTO.-** La solicitud de indemnización se admite a trámite el 26 de septiembre de 2017 y en esa misma fecha se requiere a la interesada para que, si fuera posible, especifique la indemnización que solicita.

De igual forma, ese día se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud III-HGURM que remita una copia de la historia clínica del paciente fallecido y los informes de los facultativos que lo atendieron.

**QUINTO.-** El 5 de octubre siguiente, la interesada presenta un escrito en el que expone que no ha tenido acceso al historial clínico de su progenitor solicitando que se suspenda el plazo que se le concedió para realizar la evaluación económica que se le requirió.

De forma subsidiaria, y hasta que pueda conocer la historia clínica, solicita una indemnización total de 161.200 €, con arreglo al siguiente desglose:

a) Para cada hijo mayor de 30 años (X y Z), 20.400 € para cada uno. Y para P, la tercera hija, de 30 años, 40.400 €, lo que hace un total por este concepto de 81.200 €.

b) Por asistencia indebida (varón fallecido con 58 años con una esperanza de vida de 80-81 años estimada en 2016), 80.000 €.

Las cantidades señaladas (81.200 + 80.000) ascienden al total ya citado de 161.200 €.

**SEXTO.-** El 23 de octubre de 2017 se remite al órgano instructor una copia de la historia clínica demandada y dos informes médicos.

El primero de ellos es el realizado conjuntamente, el día 9 de ese mes, por los psiquiatras D. Q y D.<sup>a</sup> R, facultativos de la Unidad de Psiquiatría del HGURM.

En este documento se expone lo que seguidamente se transcribe:

*“1) El paciente fue atendido en nuestro Hospital en las siguientes ocasiones:*

*- Noviembre de 2012, atención psiquiátrica en puerta de urgencias por gesto parasuicida, con diagnóstico al alta de episodio depresivo y remisión para seguimiento a su Centro de Salud Mental.*

*- Febrero de 2014, atención psiquiátrica en puerta de urgencias por intento autolítico con providencia de rescate en contexto de trastorno ansiosodepresivo reactivo.*

*- Marzo de 2014, atención psiquiátrica en puerta de urgencias con idéntico diagnóstico.*

*- Abril de 2014, ingreso en nuestra Unidad de Hospitalización por nuevo gesto parasuicida, procediéndose a la hospitalización por la reiteración de las conductas autolíticas.*

*- Marzo de 2015, atención psiquiátrica en puerta de urgencias por gesto autolítico con providencia de rescate.*

*2) Los episodios descritos se producen en contexto de un trastorno adaptativo reactivo de larga evolución, derivado de situación de conflictividad económica y familiar, sin objetivarse en ninguna de las valoraciones*

psiquiátricas sintomatología afectiva mayor, psicótica, alteración del juicio de realidad o de otra índole, sugestiva de patología mental subsidiaria de hospitalización en Unidad de Agudos.

3) Los 5 gestos autolíticos se producen de forma impulsiva, con providencia de rescate y con autocrítica espontánea del paciente inmediata tras el suceso. En cada uno de ellos, diferentes profesionales han coincidido en la no indicación clínica de hospitalización, dada la naturaleza del cuadro y características de las conductas parasuicidas. Incluso la hospitalización llevada a cabo en 2014, ante la reiteración de conductas autolesivas, resulta ineficaz por persistencia de las situaciones de estrés que motivan el trastorno adaptativo y la propia naturaleza de éste.

4) El paciente ha recibido en su CSM tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico reglado, el indicado en su caso, con última atención en febrero de 2015. La evolución clínica ha sido fluctuante en función de las circunstancias estresantes de índole económico y problemática familiar.

5) La última atención psiquiátrica del paciente en puerta de urgencias del Hospital Rafael Méndez se produce en marzo de 2015. Desconocemos por tanto el estado clínico del paciente en el momento de su precipitación el 5 de julio de 2016, más de un año después de nuestra última valoración.

6) Todas las atenciones efectuadas en nuestra Unidad se realizaron conforme a los criterios clínicos y de buena praxis médica, con coincidencia diagnóstica e indicación de tratamiento ambulatorio como la opción adecuada para la patología del paciente en aquel momento.

7) Se adjuntan informes de las valoraciones en puerta de urgencias referidas, informe de alta de la hospitalización psiquiátrica y copia de la historia clínica del Centro de Salud Mental de Águilas”.

El segundo informe es el elaborado, el 10 de octubre de 2017, por la psicóloga clínica D. S, del Centro de Salud Mental Águilas-Norte. En él se explica lo siguiente:

“1. No es cierto que el paciente "fuera sólo atendido de forma ambulatoria". El paciente fue atendido en varias ocasiones en el servicio de urgencias del Hospital Rafael Méndez de Lorca e incluso fue internado en la planta de Psiquiatría de dicho Hospital en abril de 2014”.

(...)

“3. No es cierto "que haya existido negligencia o mala praxis en el proceso asistencial", puesto que como bien dice la demandante el paciente se encontraba en tratamiento psicológico y psiquiátrico en este Centro de Salud Mental, siendo atendido con frecuencia e incluso visto de urgencia en el Centro.

4. El paciente no se encontraba incapacitado judicialmente ni existía sentencia alguna de tratamiento forzoso ambulatorio y/o en régimen de internamiento y según datos de la historia clínica él mismo dejó de acudir por su cuenta, siendo visto por última vez en este Centro de Salud Mental en febrero de 2015, por lo que los acontecimientos sucedidos en julio de 2016 no se podían prever o evitar en ese momento.

5. El paciente no acude a la cita que tenía programada con psiquiatría y psicología en mayo de 2015”.

Junto con los informes se adjuntan los documentos que se mencionan en ellos.

**SÉPTIMO.-** El 28 de noviembre de 2017 se remite una copia del expediente a la Inspección Médica para que pueda elaborar el informe valorativo correspondiente.

**OCTAVO.-** El 7 de agosto de 2023 se recibe el extenso informe suscrito por la Inspección Médica ese mismo día. En este documento se exponen las siguientes conclusiones:

*“1. El paciente fue diagnosticado del padecimiento de Trastorno Ansioso-Depresivo, hallándose en tratamiento desde el primer intento o gesto autolítico (parasuicida) desarrollado (19-11-12) en el contexto de una depresión reactiva. Fue tratado tras un primer episodio de autolisis inicialmente y ocasiones sucesivas de intento de autolisis en Servicio de Urgencias (Psiquiatría) del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, así como también en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría de dicho centro y continuadamente en el tiempo tras los hechos iniciales en el Centro de Salud Mental de Águilas a donde fue derivado para tratamiento, seguimiento y control.*

*2. La depresión reactiva sufrida se encontraba vinculada a dificultades económicas y preocupaciones personales y conflictividad en el ámbito de relaciones familiares y de pareja, tal y como se indica en diferentes documentos clínicos, cuyas consecuencias se expresaban en forma miedo, aislamiento, pérdida de apetito e insomnio. Todo ello en ausencia de sintomatología psicótica. El juicio clínico establecido a lo largo de los episodios del proceso clínico sufrido fue de Trastorno Adaptativo Mixto (F43.2 según CIE-10).*

*3. Desde el mes de noviembre del año 2012, hasta el mes de marzo de 2015, el paciente fue atendido en un contexto de trastorno adaptativo reactivo de larga duración, por cinco intentos de autolisis, siempre con provisión de rescate, en el Servicio de Psiquiatría, vía atención de urgencias del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, salvo el episodio del mes de abril de 2014, cuando se adoptó criterio de ingreso en la Unidad de Hospitalización de Agudos del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca por reiteración de gesto autolítico.*

*4. El paciente no presentó durante el tiempo donde se produjeron los episodios de autolisis sintomatología afectiva mayor, psicótica, alteraciones o distorsión de la realidad u otra patología mental subsidiaria de ingreso en centro hospitalario salvo el episodio del mes de abril de 2014 cuando se adoptó criterio conforme a buena práctica, de ingreso por reiteración de gesto autolítico. La aplicación de la escala SAD PERSON (criterios de ingreso en situaciones de autolisis) al caso en cuestión ofrecería un resultado, vista la información clínica, que se movería en un rango 4-5 sobre un máximo de 10 (ingreso prioritario), lo que contribuiría a reforzar el criterio seguido por los profesionales que intervinieron durante el proceso respecto al criterio de no prescribir ingreso involuntario o no del paciente.*

*5. Los episodios (5) de autolisis se desencadenaron de forma impulsiva, con arrepentimiento posterior y con providencia de rescate (Se trata de una llamada de atención con diversas finalidades: vengarse de alguien, mostrar lo desesperado que se está, buscar ayuda, averiguar si alguien le quiere realmente, huir temporalmente de algo insostenible o mostrar lo mucho que le quiere a una persona etc. Con frecuencia el sujeto está en una posición ambivalente: desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen cambios significativos en ella).*

*6. El paciente fue seguido, atendido y tratado a lo largo de su proceso, desde enero de 2013 hasta el 25 de febrero de 2015 (última cita a la que acude), de forma ambulatoria en el Centro de Salud Mental de Águilas, recibiendo indicaciones y prescripciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas. No acudió a cita programada en*



mayo-15.

7. El paciente fue exitus el 07-07-16, tras precipitación el 05-07-16 (14.00 horas) desde altura (4º piso) al vacío como intento de autolisis que le ocasiona politraumatismo grave (trastorno craneoencefálico grave, traumatismo torácico cerrado, traumatismo abdominal, traumatismo ortopédico) del que es tratado en los Servicios de Urgencias y Traumatología del Hospital Rafael Méndez de Lorca y posteriormente tras consulta con Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca donde fallece.

8. El tratamiento ambulatorio sin ingreso fue la opción clínica establecida desde el primer momento en el caso, siendo acorde con la adecuada práctica médico-científica en relación con la realidad del paciente tal y como establece la literatura y los artículos científicos. El ingreso hospitalario temporal en unidad de psiquiatría con estancia corta-media -tal como se practicó tras el tercer intento de autolisis- es conforme con la práctica clínica psiquiátrica habitual. El posible ingreso potencial del paciente -de forma más o menos indefinida y con un carácter de voluntariedad o por autorización judicial- no hubiera tenido la cualidad "per se" de garantizar la imposibilidad de intentos de autolisis y no hubiese mejorado el tratamiento a seguir por el paciente, dado que el cuadro clínico presentado no lo requería.

9. No se aprecia negligencia, abandono asistencial o mala praxis por parte de los profesionales que atendieron al paciente durante el proceso en su conjunto y en los episodios que aisladamente dentro del mismo se presentaron y demandaron asistencia psiquiátrico-sanitaria”.

**NOVENO.-** El 10 de agosto de 2023 se concede audiencia a la interesada para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea conveniente. Sin embargo, no consta que haya hecho uso de ese derecho.

**DÉCIMO.-** Con fecha 27 de noviembre de 2023 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido en este Consejo Jurídico el 28 de diciembre de 2023.

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 (LPAC), 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 fue interpuesta por una persona interesada que es una de las hijas mayor de edad del paciente fallecido.

Más adelante, cuando llevó a cabo una valoración cautelar de la indemnización que solicitaba (Antecedente quinto de este Dictamen), la reclamante inicial extendió la reclamación en favor de sus otros dos hermanos, Z y P, aunque el órgano instructor no se pronunció acerca de la ampliación que realizó y, en consecuencia, sobre el

posible reconocimiento de legitimación activa a esos descendientes.

De otra parte, 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 LPAC determina 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 progenitor de la interesada se produjo el 7 de julio de 2016 y la acción de resarcimiento se interpuso el mismo día del siguiente año 2017, dentro del plazo de un año establecido a efecto y, por tanto, de forma temporánea.

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 notable e indeseable exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 91.3 de la LPAC, porque se ha tenido que esperar más de cinco años y medio a que la Inspección Médica emitiera su informe.

Por otra parte, puesto que, como se ha advertido, el órgano instructor no adoptó ninguna decisión acerca de la ampliación de la reclamación que efectuó la interesada a favor de sus otros dos hermanos, tampoco le solicitó que acreditara la representación con la actuaba en defensa de sus intereses, que es lo que hubiera procedido.

### **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 139 y siguientes de la LRJPAC, y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 núms. 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.**

I. Ya se ha expuesto que la reclamante solicita que se le reconozca (a ella y a sus dos hermanos) el derecho a percibir una indemnización total de 161.200 € como consecuencia del daño moral que le produjo el fallecimiento de su padre, el 7 de julio de 2016, que padecía un trastorno ansioso-depresivo, después de que sufriera varios episodios autolíticos pero no fuese internado en un centro psiquiátrico, como sus familiares habían solicitado a los facultativos de la Unidad de Psiquiatría del HGURM.

La interesada entiende que, en algún momento del tratamiento asistencial que se le prestó a su progenitor, se produjo alguna negligencia o se incurrió en una mala praxis que, sin embargo, no concreta.

En este sentido, se debe destacar que la interesada no ha aportado algún medio de prueba, preferentemente de carácter médico-pericial, que sirva para avalar la imputación inconcreta e imprecisa 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 el ámbito de los procedimientos administrativos. Ello, a pesar de que la reclamante anunció en la reclamación que instaría una prueba pericial, una vez que pudiese acceder a la historia clínica completa de su padre.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento dicho historial clínico íntegro, los informes de los facultativos de la Unidad de Psiquiatría del HGURM que asistieron al paciente (Antecedente sexto) y el informe de la psicóloga clínica que también lo atendía en el Centro de Salud Mental Águilas-Norte (Antecedente séptimo). En este caso ha emitido informe valorativo, asimismo, la Inspección Médica (Antecedente octavo).

II. En ese último informe, de especial relevancia para la resolución de la reclamación, se expone que el paciente comenzó a ser tratado, desde el primer intento o gesto autolítico sucedido en 2012, y en ocasiones posteriores y sucesivas, por el Servicio de Psiquiatría del HGURM y, de forma continua, en el Centro de Salud Mental de Águilas-Norte, a donde fue derivado para su tratamiento y seguimiento (Conclusión 1ª).

También se expone que la depresión reactiva que sufría no llevaba aparejada ninguna sintomatología psicótica, por lo que se le diagnosticó un trastorno adaptativo mixto (Conclusión 2ª).

Se añade, asimismo, que durante ese período no presentó síntomas psicóticos u otras alteraciones de la realidad o patologías que obligasen a su ingreso hospitalario, salvo un episodio, que sucedió en 2014, en que sí se hizo (Conclusión 4ª).

En el informe se destaca que el enfermo fue tratado, desde enero de 2013 a febrero de 2015, de forma ambulatoria en el Centro de Salud citado, pero que no acudió, en mayo de 2015, a la cita que se había concertado (Conclusión 6ª).

El Inspector Médico considera que el tratamiento ambulatorio sin ingreso, que fue la medida que se adoptó desde el primer momento, resultaba adecuada de conformidad con la situación en que se encontraba el paciente. De igual modo, entiende que el posible o potencial ingreso del paciente no habría servido *per se* para evitar los intentos de autolisis y no habría mejorado el tratamiento que debía seguir, además de que el cuadro clínico que presentaba no lo requería (Conclusión 8ª).

Debido a estas circunstancias, sostiene el Inspector que no se aprecia que se incurriera en negligencia, mala praxis o abandono asistencial durante el proceso asistencial en su conjunto o con ocasión de los episodios que, aisladamente dentro de éste, se presentaron y requirieron asistencia psiquiátrico-sanitaria (Conclusión 9ª).

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, pese al desenlace fatal que se produjo después, no se incurrió en negligencia ni mala praxis, por lo que no concurre relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño moral por el que se reclama, ni se advierte que sea antijurídico, todo lo cual debe motivar la desestimación de la petición resarcitoria promovida por la interesada.

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 el daño moral que se alega, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.