

Dictamen nº: **211/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **19.04.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 de abril de 2022, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por un abogado en nombre y representación de Dña. ....., D. ....., Dña. ....., Dña. .... y Dña. ....., por el fallecimiento del menor ....., que atribuyen a la administración de un medicamento en el Hospital Universitario de Móstoles.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 3 de noviembre de 2020, las personas citadas en el encabezamiento; madre, tío y hermanas del menor según el escrito de reclamación, presentan en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su familiar, menor de edad, acaecido el 4 de noviembre de 2019 por “*la administración de determinada medicación*” en el Hospital Universitario de Móstoles.

Relatan brevemente que el menor, de 13 años de edad, acudió el 4 de noviembre de 2019 en compañía de su madre a Urgencias del

Hospital Universitario de Móstoles porque presentaba dolor en las piernas que le impedía dormir, *“como le ocurría regularmente a raíz de la enfermedad que padecía”*, se le administró una dosis de medicamento intravenoso, que no identifican, y de inmediato sufrió una crisis generalizada que le provocó vómitos, mal estado general, pérdida de conciencia, falta de respuesta a estímulos, perdió el pulso y le realizaron maniobras de reanimación sin resultado.

Refieren que el menor tenía una enfermedad genética, diagnosticada por cribado neonatal, denominada drepanocitosis homocigota, y por dicho motivo, acudía regularmente a revisiones y a Urgencias por dolores que remitían *“con unas inyecciones que lo estabilizaban”*.

Finalmente, manifiestan que, aunque se realizó necropsia completa, el informe forense no especifica la causa de la muerte.

No cuantifican la indemnización solicitada.

Al escrito de reclamación se acompaña de una escritura de apoderamiento, el informe de alta en Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario de Móstoles, el informe anatomopatológico de autopsia y el informe de autopsia.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del presente dictamen:

El familiar de los reclamantes, nacido el 17 de mayo de 2006 según los informes médicos obrantes en el expediente, diagnosticado de drepanocitosis homocigota por cribado neonatal e ingresado en 15 ocasiones, por hiperbilirrubinemia e intolerancia digestiva, dactilitis con crisis vasooclusiva abdominal a los cinco meses, infección de vías respiratorias altas y anemización a los siete meses, síndrome torácico agudo a los once y veintitrés meses, dactilitis a los dos años y medio,

crisis vasooclusiva ósea y STA a los tres años y medio, secuestro esplénico subagudo a los cuatro años y medio, crisis vasooclusiva abdominal y torácica a los cinco años, faringoamigdalitis a los seis años, crisis vasooclusivas óseas en 2015, coledocolitiasis y CPRE en abril de 2016, colecistectomía laparoscópica en el año 2016, síndrome torácico agudo en mayo de 2018, síndrome de encefalopatía posterior reversible, posible ataque isquémico transitorio (TIA) y osteomielitis en miembro inferior en septiembre de 2018, ingreso en octubre de 2019 por crisis vasooclusiva abdominal, transfusiones de concentrado de hemáties, la última el 30 de mayo de 2018, en seguimiento por Psicología Infantil y Neuropediatría, enuresis nocturna, conjuntivitis alérgica y asma en seguimiento en Neumología Infantil, polinosis, seguido en Oftalmología por miopía, en seguimiento en Nefrología y con tratamiento habitual con hidroxiurea, acfol y vitamina D3 deltius, ingresa en Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles el 22 de agosto de 2018 por dolor intenso. Durante el ingreso se realizan diferentes pruebas diagnósticas y se administra sueroterapia y analgesia, antibioterapia con cefotaxima y cloxacilina intravenosa con buena evolución. Asintomático recibe alta, el 10 de septiembre de 2018.

Desde el 12 al 15 de octubre de 2019 permaneció ingresado por síndrome febril y dolor abdominal con sospecha de crisis vasooclusiva. Durante el ingreso recibió antibiótico vía intravenosa junto con sueroterapia. Recibió alta con tratamiento antibiótico oral y cita en Hematología.

El 4 de noviembre de 2019 a las 15:23 horas acude a Urgencias acompañado por su madre por dolor generalizado de 14 horas de evolución, que le ha despertado mientras dormía, inicialmente en todo el cuerpo y posteriormente se localiza en muslos y flexuras de brazos, con mejoría parcial con paracetamol e ibuprofeno. No presenta fiebre, ni

vómitos o diarrea, ni mal estado general. Sin traumatismos previos, sin tos ni mucosidad.

En la exploración física presenta peso de 58 kg, temperatura 36,2°, frecuencia cardiaca 85 lpm, saturación O<sub>2</sub> 95%, tensión arterial 145/97 mmHg. Adecuado estado general, bien hidratado y perfundido, sin aspecto séptico, ni exantemas ni petequias. La auscultación cardiaca, rítmica, sin soplos. En la auscultación pulmonar presenta buena ventilación bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, sin signos de irritación peritoneal. La otoscopia bilateral normal. Faringe y amígdalas normocoloreadas, sin presencia de exudados. En la exploración neurológica, activo y reactivo, sin rigidez de nuca, signos meníngeos negativos. En la exploración muscular no presenta hematomas. Dolor a la palpación de ambos muslos y en flexura de ambos codos. Dolor a la extensión forzada en ambos miembros superiores y flexo-extensión en ambas caderas. Resto de movimientos conservados y no dolorosos.

A las 16 horas, ante la persistencia de dolor, se administra metamizol intravenoso 2 gr.

Durante la estancia en observación permanece hemodinámicamente estable, sin sintomatología respiratoria ni neurológica.

A la vista del resultado analítico, elevación de PCR hasta 240 mg/dl, se decide extracción de hemocultivo, urocultivo, frotis faríngeo y Rx tórax, que no se llega a realizar por deterioro del paciente.

Se decide inicio de antibioterapia intravenosa empírica con cefotaxima 150 mg/Kg/día cada 6 horas y se solicita ingreso en Pediatría.

A las 18 horas, con el inicio de perfusión de la primera dosis de cefotaxima presenta vómito de contenido alimentario y se suspende la administración de cefotaxima intravenosa. Posteriormente, comienza con mal estado general, disminución de nivel de conciencia rápida y progresiva, sudoración profusa y disnea, frecuencia cardiaca 173 lpm, saturación O<sub>2</sub> 100% sin oxigenoterapia y glucemia capilar de 133 mg/dl. En la exploración presenta disminución del nivel de conciencia, ausencia de lenguaje espontáneo y de respuesta a estímulos (Glasgow 3) con midriasis bilateral arreactiva, rigidez generalizada sin movimientos anómalos y desviación ocular hacia la derecha. No presenta edemas, exantemas ni petequias. En la auscultación cardiaca, taquicárdico. Impresiona de respiración tipo gasping. En la auscultación pulmonar, buena entrada bilateral, sin ruidos patológicos.

Se traslada al box vital. Se coloca monitor cardiaco y se realiza electrocardiograma en el que se observa taquicardia sinusal sin otros hallazgos. Se coloca mascarilla y ante la sospecha de crisis convulsiva se administran 10 mg de midazolam intravenoso sin objetivar respuesta. Se solicita TC por sospecha de accidente isquémico, que no se realiza por la situación inestable del paciente. Se intuba al paciente y se inicia expansión con salino fisiológico.

El paciente presenta Glasgow 3, midriasis bilateral, ventilación manual con ambú, saturación muy difícil de conseguir por pulsioximetría oscilando entre 87%-90%, taquicardia sinusal a 170 lpm, en monitor de desfibrilador. Se coloca guedel, se administran 20 mg de etomidato, 50 mg de rocuronio y 3 mg de midazolam. Se administran 100 mcg de fentanilo y 2 mg de midazolam. Se realiza Rx tórax portátil comprobando normoposición de tubo oro-traqueal y sonda nasogástrica.

Inmediatamente después comienza con bradicardia sinusal a 45 lpm y se comprueba ausencia de pulsos centrales por lo que se inician

maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) avanzada. Se extrae analítica y tras más de 60 minutos de reanimación cardiopulmonar se solicita sangre urgente. Continúan las maniobras RCP, se comienza transfundir, se realiza ecografía FAST urgente en la que se objetiva ventrículo izquierdo de dimensiones que impresionan de normales, algo hipertrófico, sin derrame pericárdico, sin trombo visible, ligera hiperecogenicidad en cavidades, sin líquido libre intraabdominal. Se administran 22 mg de adrenalina y 4 dosis de atropina. Se consensua con el Servicio de Pediatría finalizar la RCP y fallece a las 21 horas.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública (en adelante, LPAC).

Previo requerimiento de la Administración de aportación de documentación acreditativa de la relación de parentesco de los reclamantes con el menor y de la convivencia del menor con su tío, los reclamantes han incorporado al expediente: los certificados, de difícil lectura, del nacimiento de la madre y de las tres hermanas y una escritura de compraventa incompleta de una vivienda en la que la madre y el tío (según el escrito de reclamación) figuran como compradores de una vivienda por mitad y proindiviso.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del menor del Hospital Universitario de Móstoles.

Figuran en el expediente dos informes de la jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Móstoles. En el primero de ellos, de 25 de enero de 2021, brevemente expone, que tanto en el ingreso del día 4 de noviembre de 2019 cuando acudió a Urgencias con un cuadro compatible con crisis vaso-oclusiva y sospecha de infección por aumento

de PCR, como en el ingreso anterior de agosto de 2018 se pautó tratamiento con analgesia y antibióticos con cefotaxima intravenosa, que era el tratamiento habitual para su patología. En el informe de 24 de marzo de 2021, después de transcribir la historia clínica del paciente, expone que en un primer momento se le administró metamizol intravenoso como analgésico, como en otras ocasiones, y debido al aumento significativo de la PCR se decidió cubrir además con tratamiento antibiótico (cefotaxima intravenosa) pero *“no está probado en absoluto que el fallecimiento se produjera por la administración de ningún medicamento, y no se le puso ningún medicamento nuevo que no hubiera recibido previamente”*. También señala que el cuadro clínico que desarrolló, de pérdida de conciencia y midriasis bilateral, era sobre todo de tipo neurológico y no de anafilaxia y *“coincidió con el inicio de administración, unos minutos antes de la infusión de la cefotaxima que se suspendió inmediatamente”*. Destaca que la administración de cefotaxima, *“no parece que tenga relación alguna con el cuadro neurológico que presentó”* y explica que el fallecimiento de forma súbita que sufrió el paciente, esta descrito en la literatura médica, generalmente, en el contexto de crisis vasooclusivas.

Igualmente se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria en el que, tras analizar la historia clínica y los informes obrantes en el expediente, formula las consideraciones medicas oportunas y concluye que la asistencia sanitaria se ajusta a la *lex artis*.

Una vez instruido el expediente se confirió trámite de audiencia al abogado de los reclamantes sin que figure en el expediente la presentación de alegaciones.

Finalmente, el 18 de marzo de 2022 se ha formulado propuesta de resolución, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, desestimatoria de la reclamación presentada.

**CUARTO.-** El 22 de marzo de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 167/22, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 19 de abril de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La legitimación activa al amparo del artículo 4 de la LPAC exige que la persona que reclama tenga un interés legítimo en cuanto titular de un derecho o interés legítimo que, tratándose de la responsabilidad patrimonial de la Administración supone, conforme establece el artículo 32.1 de la LRJSP, que se trate de una lesión que sufra en cualquiera de sus bienes o derechos.

En el presente caso, los interesados (madre, tío y hermanas del menor, según el escrito de reclamación) reclaman por el daño moral causado por el fallecimiento de un familiar y fueron requeridos por la Administración para que acreditaran la relación de parentesco con el menor y a dichos efectos aportaran al expediente la copia del libro de familia o cualquier otra documentación de la que resultara acreditado dicho extremo. Además, fueron requeridos, para que acreditaran la convivencia del menor con su tío.

Los reclamantes para acreditar la relación de parentesco han incorporado al expediente los certificados de nacimiento (de difícil lectura) de la madre y de las tres hermanas, pero no han apartado el certificado de nacimiento del menor; y para acreditar la convivencia del menor con su tío figura en el expediente una escritura incompleta de compraventa de una vivienda en la que no consta la fecha de otorgamiento de la citada escritura pero figuran como compradores proindiviso, la madre y el tío del menor.

Teniendo en cuenta que el parentesco permite acreditar la legitimación para reclamar, y que en nuestro caso, no se ha incorporado ni el libro de familia ni el certificado de nacimiento del menor, se considera que la relación de parentesco de los reclamantes con el menor no ha quedado suficientemente acreditada.

Respecto a la forma de acreditar la convivencia, la jurisprudencia establecida en esta materia por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 25 de mayo de 2010 (recurso 2969/2009) y reiterada en las Sentencias de 24 de junio y 6 de julio de 2010 (recursos 4271/2009 y 3411/2009, respectivamente), es la de que dicha convivencia puede acreditarse por cualquier medio de prueba admitido en derecho, si bien en el caso que nos ocupa, no se considera suficientemente acreditada la convivencia del menor con el tío a la vista de la escritura incompleta de compraventa de una vivienda cuya fecha de adquisición se desconoce.

La madre y el tío del menor actúan representados por un abogado en virtud de la escritura de apoderamiento incorporada al expediente, ahora bien, dicho abogado carece de representación de las tres hermanas mayores de edad que actúan en su propio nombre al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

No obstante lo hasta ahora expuesto, toda vez que la Administración ha tenido por acreditada la legitimación activa de los reclamantes, esta Comisión entrará a analizar el fondo del asunto, sin perjuicio de que deban ser requeridos por la Administración para su acreditación, con anterioridad a que se dicte la correspondiente resolución.

Por otra parte, la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó en un centro hospitalario de su red asistencial.

En lo relativo al requisito temporal, el plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el *dies a quo* lo

constituye el día 4 de noviembre de 2019, fecha del fallecimiento del menor, por lo que la reclamación formulada el día 3 de noviembre de 2020 se ha formulado dentro de plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado el informe del Servicio de Pediatría, se ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica del paciente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los interesados que no han formulado alegaciones. Finalmente, en los términos previstos en el artículo 91 de la LPAC, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata

y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la sentencia de 19 de mayo de 2015, (recurso 15/20 4397/2010) ha señalado que *“(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece*

*en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

**CUARTA.-** En el presente caso los reclamantes consideran que el fallecimiento de su familiar trae causa de la administración de un medicamento en Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al menor, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos”.*

En el presente caso, los reclamantes no aportan prueba alguna que acredite que el fallecimiento de su familiar trae causa de la administración de un medicamento, que ni tan siquiera identifican. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Del estudio del expediente resulta acreditado que, en efecto, el paciente estaba diagnosticado de drepanocitosis homocigota y se le había administrado, con anterioridad al ingreso en Urgencias el 4 de noviembre de 2018, tratamiento analgésico con metamizol y antibiótico con cefotaxima intravenosa, incluso de forma prolongada, para tratar el cuadro clínico de crisis vasooclusivas que presentó, sin que presentara complicaciones, circunstancia que según la Inspección Sanitaria *“va en contra de que el episodio presentado constituya un efecto adverso de la medicación”*.

Coinciden los informes obrantes en el expediente en afirmar que el tratamiento administrado en Urgencias, en un primer momento metamizol como analgésico y ante al aumento significativo de la PCR cefotaxima, estaba indicado y de acuerdo con la bibliografía médica y explican que el cuadro clínico agudo que comenzó con pérdida de conciencia y midriasis bilateral aunque coincidió con la administración de cefotaxima, no guarda relación alguna y al respecto la Inspección Sanitaria precisa que el indicado cuadro clínico *“era compatible con un cuadro neurológico, patología descrita entre las manifestaciones de la drepanocitosis y que el paciente había presentado un año antes y es ajena a la medicación administrada”*.

Indica la Inspección Sanitaria en su informe que la drepanocitosis es una hemoglobinopatía que afecta casi exclusivamente a individuos de ascendencia africana, presenta una alta morbimortalidad, la clínica tiene una gran heterogeneidad, la vasooclusión causa la sintomatología, las crisis dolorosas constituyen uno de los síntomas más frecuentes y pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, pueden durar desde horas hasta semanas, las crisis más frecuentes y que requieren hospitalización se correlacionan con una menor supervivencia y causan lesiones crónicas en los órganos, lo que según la Inspección explica que el informe del Servicio de Anatomía Patológica de la autopsia recoja la

grave afectación multiorgánica que presentaba el paciente y su tratamiento incluye antibióticos de amplio espectro.

Coinciden también los informes obrantes en el expediente en señalar que en un estudio realizado entre pacientes fallecidos por drepanocitosis, se comprobó que un 31% sufrieron muerte súbita inesperada, como según los informes le ocurrió al paciente.

En definitiva, los informes incorporados al procedimiento, que no han sido contradichos con prueba alguna aportada por los interesados, permiten entender que se administró el tratamiento adecuado al paciente en función de los signos y síntomas que presentó en cada momento.

Por ello, a la luz de los mencionados informes contrastados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016) debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis*.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 19 de abril de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 211/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid