



ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 16 de octubre de 2006, x. presentó escrito de reclamación dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) en el que, en síntesis, expuso que ingresó el día 30 de octubre de 2001 en el hospital "*Virgen de la Arrixaca*" de Murcia para someterse a una intervención quirúrgica consistente en extirpación total de la glándula mamaria de ambos pechos e implantación de prótesis de gel de silicona, ante el diagnóstico de mastodinia bilateral rebelde a tratamiento médico, o mastopatía fibroquística. Antes de someterse a dicha intervención quirúrgica firmó un modelo genérico de consentimiento informado, en el que no se describían ninguna de las posibles complicaciones que luego sufrió. La intervención transcurrió según lo previsto, y se le dio el alta hospitalaria al día siguiente, prescribiéndole revisión en consultas externas de cirugía plástica.

Después de la intervención surgieron complicaciones, al producirse el encapsulamiento de las prótesis colocadas, lo que le originó dolor y desplazamiento de las mismas, por lo que el 24 de abril de 2002 hubo de someterse a una segunda intervención, que consistió en una capsulectomía bilateral, sin cambio de prótesis, respecto a la que también firmó un consentimiento informado genérico. En fecha 29 de abril siguiente se le dio el alta médica, al transcurrir la operación sin incidencias.

De nuevo volvió a aparecer dolor en mamas, por lo que el 24 de mayo de 2002 acudió al Servicio de Urgencias del hospital "*Nuestra Señora del Rosell*", de Cartagena, en cuyo parte se hace constar: "*mastitis, infección nosocomial probable*", y se la remitió al hospital "*Virgen de la Arrixaca*", de Murcia; allí se le diagnosticó "*mama derecha con líquido libre compatible con seroma y/o rotura de cápsula protésica. Pérdida del contorno de la prótesis con exudado. Leucocitosis con neutrofilia. Rotura de prótesis y/o infección mastitis mama derecha con seroma*". Durante el tiempo en que permaneció ingresada se le administraron antibióticos y antiinflamatorios y se le drenó líquido serohemático a través de la cicatriz periarolar de la mama derecha.

Con el tiempo, la situación empeoró, y el 24 de julio de 2003 se la intervino de nuevo, consistiendo la operación en: "*extracción protésica bilateral, capsulectomía subareolar e implantación bilateral de nuevas prótesis*", respecto de la que no firmó consentimiento informado, emitiéndose el alta médica el 28 de julio de 2003.

Al volver a aparecer los síntomas presentados en las intervenciones anteriores, se le diagnostica nuevamente "*mastodinia de mama derecha, con asimetría de pezón areola entre ambas mamas, rípling y cápsula periprotésica mama derecha*", por lo que se decidió volver a intervenir el 28 de junio de 2004 (firmando consentimiento informado genérico), practicándosele "*capsulectomía inferior y superior y cambio de plano de prótesis a plano subpectoral sin recambio de la misma*", dándosele el alta médica en fecha 30 de junio.

El 14 de marzo de 2005 ingresó de nuevo en dicho hospital con un cuadro de "*mastitis y seroma mamario bilateral*", siendo tratada hasta el 17 siguiente. Previamente a este último ingreso, había solicitado un cambio de centro hospitalario, para ser tratada por el hospital "*Doce de Octubre*", de Madrid, petición que fue cursada por el SMS y posteriormente denegada al rechazar el traslado dicho hospital.

Por todo lo anterior, señala la reclamante que acudió a un facultativo privado, que el 15 de junio de 2005 le diagnostica "*mamas duras, densas, encapsuladas, con dolor en reposo, que se acentúa a la más mínima exploración de presión. Extrema dificultad en la movilidad del brazo derecho. Al más mínimo esfuerzo dolor en brazo y pecho derecho*", proponiéndole la extracción de las prótesis, reposo de la zona y la realización de

exploraciones complementarias, objetivándose un desgarro del músculo pectoral mayor derecho. El 3 de noviembre de 2005 le practica intervención para retirada de las prótesis y capsulectomía bilateral.

El 25 de abril de 2006 se le practicó una reconstrucción postmastectomía mediante la implantación de expansores anatómicos de Mcghan con capacidad de 600cc.; en el acto intraoperatorio se le inyectaron 200 cc. de silicona en cada mama. El 10 de mayo de 2006 se le hizo una infiltración de otros 200 cc. de silicona en cada mama.

Según informe del reseñado facultativo privado, de 30 de junio de 2006, que aporta, la reclamante tiene secuelas funcionales en brazo derecho y estéticas en mama derecha, por el desgarro del músculo pectoral mayor, lo que supone extrema limitación en la movilidad del brazo derecho y pérdida de fuerza y, al más mínimo esfuerzo, dolor en mama y brazo derecho. Expone la reclamante que tras estas intervenciones su situación ha mejorado discretamente; estéticamente ha recuperado el pecho, aunque debido al desgarro del músculo pectoral mayor derecho, está ligeramente hundido, y continúa padeciendo dolor en mama y brazo derecho al más mínimo esfuerzo.

Imputa al funcionamiento de los servicios públicos regionales sanitarios lo siguiente:

-No informarle de que el tratamiento podía presentar como complicaciones las continuas recidivas de la mastitis, contracturas capsulares, infecciones, roturas de las prótesis con salida de líquido serohemático y desgarro del músculo pectoral mayor.

-Tratamiento equivocado, pues no se debería haber propuesto tratamiento quirúrgico para patología tan banal como la mastopatía fibroquística que padecía. Y, en el caso de realizarlo, como se hizo, el no haber empleado expansores, como sí fueron utilizados por el facultativo que posteriormente la atendió en la sanidad privada.

-Se trataron mal las recidivas, ya que no se extraían las prótesis y se dejaba transcurrir el tiempo necesario para sanear la zona, por lo que se practicaron capsulectomías inútiles y mal ejecutadas, que produjeron como secuela el desgarro del músculo pectoral mayor derecho.

Según la reclamante, el tratamiento en la sanidad pública le ha ocasionado padecimientos, cicatrices y el desgarro del músculo pectoral mayor derecho como secuelas irreversibles, motivo por el que solicita una indemnización de ciento noventa y cinco mil doscientos quince euros, con treinta y seis céntimos de euro (195.215, 36 €), más los intereses legales que correspondiesen; cantidad que es desglosada de forma pormenorizada en el escrito de solicitud, en concepto de daños morales por las diversas intervenciones e ingresos hospitalarios, por sus consiguientes períodos de incapacidad temporal y por diversas secuelas (desgarro del músculo pectoral mayor derecho, cicatrices y pielonefritis renal, debida a la medicación recibida). Aporta copia de documentos de su historia clínica en el hospital "*Virgen de la Arrixaca*" y el informe de 30 de junio de 2006, antes reseñado.

SEGUNDO.- En fecha 16 de noviembre de 2006, la reclamante presentó escrito de ampliación de la reclamación, en el que, tras relatar lo mismos hechos descritos en la reclamación inicial, solicitó que se le indemnizase también por el importe de los gastos sanitarios que hubo de sufragar en la medicina privada, por importe total de veinte mil quinientos veintiséis euros, con ochenta y ocho céntimos de euro (20.526,88 €). De esta forma, el importe total solicitado asciende a la cantidad de doscientos quince mil setecientos cuarenta y dos euros, con veinticuatro céntimos de euro (215.742,24 €). Adjunta copia de la documentación presentada con el escrito inicial, así como de las facturas emitidas por los centros sanitarios privados que intervinieron en las operaciones quirúrgicas de referencia.

TERCERO.- El 10 de enero de 2007 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, la cual fue notificada a las partes interesadas.

Asimismo, la instrucción solicitó al hospital "*Virgen de la Arrixaca*" de Murcia, al hospital "*Santa María del Rosell*", de Cartagena, y a la Clínica "*Moncloa*" de Madrid, copia de las respectivas historias clínicas de la reclamante y, al primero de ellos, también la emisión de informe de los facultativos que la atendieron.

CUARTO.- Los citados centros hospitalarios remitieron la documentación interesada. Debe destacarse de ésta el informe de 1 de febrero de 2007, del doctor x. (cirujano que intervino a la paciente en el hospital "*Virgen de la Arrixaca*"), en el que se remite a lo expresado en su previo informe de 18 de marzo de 2005, emitido con ocasión de la solicitud de la paciente de cambio de centro sanitario, y que señalaba lo siguiente:

"La paciente ha sido tratada desde el año 2001 en el Servicio de Cirugía Plástica por Mastopatía Fibroquística y Mastodinia (ver informe anatomopatológico) resistente al tratamiento médico, por lo que se propuso realizar Mastectomía subcutánea y reconstrucción mediante prótesis según protocolo quirúrgico, aceptando la paciente la realización de dicha intervención. Asimismo, se informa de que el dolor -Mastodinia- podría persistir.

En el postoperatorio tardío, la paciente refiere aparición nuevamente del dolor en mama derecha, lo que atribuimos a una incipiente contractura capsular, por lo que se reinterviene.

La mastodinia persiste tras las intervenciones quirúrgicas (ver informes clínicos de alta), por lo que la paciente se deriva a la Unidad del Dolor, donde es tratada, persistiendo el dolor a pesar del tratamiento médico.

El día 15-03-05 la paciente ingresa de urgencias por presentar dolor en mamas acompañado de fiebre, que es tratada con tratamiento analgésico, antibiótico y vendaje. Se realizó una Resonancia Magnética en el mes de febrero (15 días después de su ingreso), que fue normal, y Ecografía estando ingresada, que muestra colección líquida extracapsular de 11 x 42 mm., atribuible probablemente a la realización de un esfuerzo.

El día 17-03-05, ante la mejoría del cuadro y ausencia de dolor, se decide tratamiento conservador, dando alta hospitalaria a la paciente y explicándole la alternativa al tratamiento médico, es decir, drenaje mediante control ecográfico, quedando citada el lunes 21 de marzo de 2005, en consulta externa.

Ante la evidente falta de confianza en el cuadro médico que la ha tratado, y la solicitud de la paciente de una nueva opinión sobre su caso, no tenemos ninguna objeción a que ésta sea realizada donde se crea conveniente".

QUINTO.- Obra en el expediente un dictamen médico de fecha 24 de marzo de 2007, aportado por la aseguradora del SMS, en el que, tras relatar los hechos objeto de la reclamación y formular las oportunas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. Paciente mujer de 25 años, remitida al Servicio de Cirugía Plástica del HUVA por mastodinia y mastopatía fibroquística rebelde a tratamiento médico.

2. La paciente tiene, por tanto, indicación quirúrgica.

3. La técnica empleada (mastectomía subcutánea y reconstrucción) es correcta.

4. La paciente es informada en consulta de la técnica prevista y de la posibilidad de persistencia de la clínica tras el procedimiento.

5. Firma documento de C.I. en el momento del ingreso para cirugía.

6. Es intervenida el 30/10/01 en el HUVA.

7. El seguimiento posterior es adecuado.

8. Presenta una complicación inherente a la técnica (contracción capsular) y persistencia de la mastodinia (riesgos conocidos por la paciente).

9. La capsulectomía y recolocación de la prótesis es una técnica adecuada para el tratamiento de la contracción capsular en ausencia de rotura protésica (como se demostró en este caso por los estudios realizados y los hallazgos operatorios).

10. Ante la recidiva de la contracción se decide recambio y colocación subpectoral (que tiene menor incidencia de contracción).

11. A pesar de que las técnicas empleadas en todos los casos están aceptadas en la literatura, la paciente presenta reiteradamente contractura capsular y persistencia de la mastodinia, requiriendo tratamiento por la Unidad del Dolor.

12. La enferma decide recurrir a la medicina privada, donde le ofrecen opciones también disponibles en el sistema público.

13. (La) utilización de expansores en lugar de prótesis (técnica empleada por el facultativo particular de la paciente) no excluye la posibilidad de contracción y requiere al menos una nueva intervención posterior.

14. Del estudio de la documentación remitida podemos concluir que los profesionales que atendieron a x. (sic) en el HUVA de Murcia, lo hicieron de acuerdo a "la lex artis".

SEXTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica, ésta solicitó que se completara la instrucción del procedimiento mediante la aportación de la historia clínica de la paciente en los servicios de atención primaria y de atención especializada (ginecología y traumatología), previa a 2001; documentación clínica que fue facilitada por los diferentes centros sanitarios e incorporada al procedimiento.

El 20 de agosto de 2008, dicha Inspección Médica, tras valorar la documentación contenida en el expediente, emitió informe que terminaba con las siguientes conclusiones:

"PRIMERO.- X. fue diagnosticada en el año 1997 de un trastorno ansioso depresivo con tendencia a la somatización, que se ha manifestado con dolores permanentes, de origen desconocido y resistentes a tratamiento. Esta patología se agravó posteriormente con una alteración del comportamiento alimentario (ingesta compulsiva),

que desencadena obesidad y ésta a su vez dismorfofobia (alteración de la imagen corporal).

SEGUNDO.- Simultáneamente, la paciente padecía una mastodinia crónica (dolor mamario) resistente a todas las tratamientos médicos prescritos desde el año 1997, situación que se complicó con el diagnóstico de una Mastopatía Fibroquística, que originaba en la paciente más ansiedad y depresión. Es en ese contexto donde se justifica la propuesta del tratamiento quirúrgico (mastectomía subcutánea), y la inclusión de la paciente, el 15 de enero de 2001, en la Lista de Espera del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), de Murcia, una vez aceptada dicha propuesta.

TERCERO.- Durante el tiempo en que permaneció en la Lista de Espera del Servicio de Cirugía plástica del HUVA (15 de enero a 30 de octubre de 2001), se realizaron los estudios preoperatorios protocolizados y se atendieron las múltiples consultas (reflejadas en la historia clínica), que la paciente reclamó, dada la gran ansiedad que la cirugía le producía.

La paciente firmó los documentos de Consentimiento informado quirúrgicos y anestésicos, vigentes en 2.001, aceptando los riesgos inherentes a la cirugía propuesta y haber sido informada suficientemente de ellos. Entendemos por tanto que se atendió suficientemente el derecho a la información de la paciente.

CUARTO.- Las múltiples complicaciones surgidas a lo largo del postoperatorio, recogidos en el Consentimiento Informado como "riesgos propios de la cirugía y de los implantes mamarios", entendemos que son más inherentes a la idiosincrasia de la paciente, que padece una alteración genética de la inmunidad, como demuestra el diagnóstico posterior de la Fibromialgia y del Síndrome de Sjogren, y no de la técnica quirúrgica en sí misma.

QUINTO.- La paciente, haciendo uso de su libertad, acudió a la consulta privada del Dr. x. el día 30 de junio de 2005, antes de recibir la negación de asistencia del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, comunicación que desde el Servicio Murciano de Salud se produjo el 2 de agosto de ese año, y sin agotar por lo tanto, las alternativas de éste.

SEXTO.- La solicitud de ampliación del expediente de responsabilidad patrimonial (Reintegro de Gastos) que la paciente plantea un mes después de interponer la presente reclamación de Responsabilidad Patrimonial, corresponde a la mamoplastia de aumento, abdominoplastia y liposucción de glúteos, intervenciones realizadas a la paciente por el Dr. x. en la Clínica Moncloa (Madrid), (que) no se relacionan directamente con la reclamación que nos ocupa".

SÉPTIMO.- Durante la instrucción del procedimiento, la reclamante interpuso recurso contencioso administrativo, tramitado con número de procedimiento ordinario 427/2007.

OCTAVO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, la reclamante compareció el 16 de enero de 2009 para tomar vista del expediente y obtener copia de diversos documentos del mismo, no constando que hubiera presentado alegaciones.

NOVENO.- El 27 de abril de 2009 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes emitidos, que no se ha acreditado la existencia de mala praxis médica en la asistencia prestada a la reclamante, por lo que no concurre la necesaria y jurídicamente

adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización.

DÉCIMO.- Solicitado de este Consejo Jurídico su preceptivo Dictamen, el 28 de septiembre de 2009 emitió el nº 167/09, en el que concluyó que procedía completar la instrucción realizada para solicitar nuevo informe a la Inspección Médica en el que aclarase si los desgarros musculares pectorales que la paciente manifestaba que tenía como secuela de las intervenciones realizadas en la sanidad pública debían ser considerados o no como riesgos típicos y propios de dichas intervenciones.

DECIMOPRIMERO.- Solicitado a la Inspección Médica un informe complementario, fue emitido el 22 de febrero de 2010, con las siguientes conclusiones:

"PRIMERA: En el informe emitido el día 30 de junio de 2006, por el Dr. x., tras la exploración física realizada a la paciente en su consulta, el día 15 de junio de 2005 (facultativo privado de la reclamante), refiere: "se objetiva desgarró del músculo pectoral mayor".

SEGUNDA: Esta Inspección, tras revisar la documentación obrante en el expediente, considera que se trata de un diagnóstico clínico no confirmado mediante pruebas complementarias, ante la ausencia de las mismas en la Historia Clínica aportada por la Clínica Moncloa.

TERCERA: Dado que había transcurrido un año desde la última mastectomía realizada a la paciente en el Hospital "Virgen de la Arrixaca", Murcia, es improbable la relación entre ambos sucesos, más teniendo en cuenta el tratamiento postoperatorio aplicado.

CUARTA: De la Historia Clínica de la paciente, de la persistencia de este dolor en el tiempo y de su resistencia a tratamiento médico, creemos que el mismo está más relacionado con la fibromialgia que la paciente sufre, que con la presencia o ausencia de una lesión muscular."

Junto a ello, el informe añade que *"en ninguno de los protocolos quirúrgicos revisados, ni en la bibliografía consultada, se contemplan los desgarros musculares como riesgos asociados a la mastectomía (...) Lo que nos permite afirmar que los desgarros musculares son riesgos atípicos y excepcionales en la mastectomía".*

DECIMOSEGUNDO.- Otorgado un nuevo trámite de audiencia a las partes, la reclamante compareció para tomar vista del expediente, no constando la formulación de alegaciones.

DECIMOTERCERO.- El 5 de mayo de 2010 se formula una nueva propuesta de resolución, en el mismo sentido que la formulada con anterioridad.

DECIMOCUARTO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente se solicita el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando copia de las actuaciones adicionalmente realizadas.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, por ser la que sufre los daños por los que reclama indemnización. En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia, una vez operado el correspondiente traspaso de competencias del INSALUD a la Administración regional.

II. En cuanto al plazo de un año, previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), para interponer la acción de reclamación, no existe reparo alguno, dado que una de las secuelas por las que se reclama indemnización, el desgarrar del músculo pectoral mayor derecho, no se puede considerar determinada sino hasta la intervención quirúrgica realizada a la reclamante el 3 de noviembre de 2005, siendo, además, realizada el 10 de mayo de 2006 la última de las intervenciones quirúrgicas tendentes a completar la reconstrucción de su mama derecha, habiendo sido presentada la reclamación en octubre de ese año.

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.

Constando la pendencia de un recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, se advierte la necesidad de que el órgano consultante coordine sus posteriores actuaciones con el Letrado de la Administración regional en el proceso judicial de referencia.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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 (LGS).

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

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

Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

Ausencia de fuerza mayor.

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 médico ha de regirse por 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este 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 un daño, 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "*ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente*".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que "*los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...)* (ello) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados, 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, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la "*lex artis*", entre otros supuestos posibles.

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). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la Sanidad Pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Los daños por los que se reclama indemnización. Determinación de los que pueden imputarse a las intervenciones quirúrgicas realizadas en la sanidad pública.

Conforme con lo expuesto en la Consideración precedente, presupuesto previo al análisis de la corrección de la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante en la sanidad pública es determinar qué daños, de los alegados, traen causa del funcionamiento, aún correcto, de los servicios públicos sanitarios, y cuáles son ajenos a éstos.

En este punto, y como se indicó en el Antecedente Primero, la reclamante solicita indemnización por diversos conceptos: por los períodos de incapacidad temporal derivados de las diversas intervenciones quirúrgicas, por los daños morales debidos a tales intervenciones, por determinadas secuelas (desgarro del músculo pectoral mayor derecho, cicatrices y pielonefritis renal, ésta debida a la medicación recibida) y por gastos realizados en la sanidad privada. Dichos conceptos, en el punto ahora analizado, merecen una diferente consideración.

1. Respecto de las secuelas alegadas, debe decirse lo siguiente:

- En cuanto al diagnóstico de desgarro del músculo pectoral derecho, indicado en el informe del Dr. x. (facultativo privado de la reclamante) emitido el 30 de junio de 2006 respecto de la exploración que dice realizó a la paciente en junio de 2005, el informe de la Inspección Médica del SMS de 22 de febrero de 2010 expresa lo siguiente:

"Este Servicio de inspección Médica, considera que se trata de un diagnóstico clínico no confirmado mediante pruebas complementarias, basándose en los siguientes datos:

1. En la Historia Clínica aportada por la Clínica Moncloa a petición de la instrucción (Pág.232 a 274), no se menciona en ningún momento para el diagnóstico preoperatorio, ni durante el postoperatorio, la existencia del citado desgarro y desconocemos si se le realizaron a la paciente las correspondientes pruebas diagnósticas, puesto que no se aportan en la historia clínica.

2. La hoja operatoria (Pág. 235) de la mastoplastia realizada el día 3-11-2005 por el Dr. x. no refiere la existencia de un desgarro muscular u otra anomalía, limitándose a describir una mastectomía sin complicaciones.

3. La Historia Clínica de la paciente facilitada por el Centro de Salud de San Antón (Cartagena), refiere la existencia en zona mamaria de un "Dolor Neuropático Post-mastectomía en las consultas de los días 18-12-2002, 05-08-2003 y 12-12-2003, para lo que se instaura tratamiento analgésico y antidepresivo.

4. El día 02-02-2004 la paciente consulta por poliartralgia, Síndrome de Sjogren, dolor difuso en tórax y brazo, y gonalgia, siendo derivada a la consulta de Reumatología desde el Servicio de Cirugía Plástica del H.U."Virgen de la Arrixaca".

5. El día 11-06-2004 se realiza a la paciente una Resonancia Magnética (prescrita por el Servicio de Cirugía Plástica del H.U."Virgen de la Arrixaca"), como preoperatorio a la mastectomía realizada el 28-06-2004, en la cual no se constata la existencia de un desgarro muscular.

6. La paciente refiere en consulta de atención primaria el día 12-7-2004 que en el Servicio de Cirugía Plástica del H.U. "Virgen de la Arrixaca", le han dicho que los dolores que sufre en la zona mamaria "son para toda la vida".

7. El 15-06-2005 la paciente acudió a la consulta privada del Dr. x, y fue durante la exploración física realizada donde se objetiva la existencia de un desgarro muscular, según informe emitido por el mismo doctor el día 30 de

junio de 2006.

Dado que había transcurrido un año desde que se realizara a la paciente la última mastoplastia en el Hospital "Virgen de la Arrixaca", cuyo tratamiento postoperatorio consistió en tratamiento médico (analgésico y antiinflamatorio) y vendaje compresivo de la zona torácica, y por la etiopatogenia de los desgarros musculares en sí mismos, creemos que dicho desgarro muscular, si existía, fue debido a algún esfuerzo muscular realizado por la paciente en los días previos a esa consulta.

(No) consideramos que la causa del dolor que la paciente refiere en el pecho y en el brazo derecho sea un desgarro muscular, que habría desaparecido una vez curado el desgarro con el tratamiento postoperatorio de la mamoplastia. Por su antigüedad y persistencia creemos que está más relacionado con la fibromialgia que la paciente padece."

Frente a ello, la reclamante no ha presentado alegación alguna en el trámite de audiencia concedido al efecto, por lo que no puede afirmarse que dicho desgarro muscular, de existir, sea imputable a las intervenciones realizadas en la sanidad pública.

- En lo que se refiere a la pielonefritis, aporta un parte de asistencia el 13 de diciembre de 2005 al servicio de Consultas Externas del hospital "Santa María del Rosell" de Cartagena, en el que nada se dice sobre tal patología, y menos se razona sobre su pretendido origen en los cuestionados tratamientos dispensados en la sanidad pública; en dicho parte se hace referencia al Síndrome de Sjogren que padece.

- Por lo que se refiere a las cicatrices y el perjuicio estético, debe advertirse que tras las intervenciones realizadas en la sanidad pública se realizó otras en la sanidad privada, también en el pecho, por lo que no puede saberse con certeza cuáles de aquéllas son imputables a unas y/o a otras; en este punto, la interesada debería haber preconstituido la prueba del estado de su pecho antes de someterse a las intervenciones en la sanidad privada.

En consecuencia, no resulta acreditado que los daños relativos a las indicadas secuelas tengan su origen en las intervenciones quirúrgicas de referencia, por lo que la pretensión indemnizatoria relativa a estos daños debe ser desestimada, sin perjuicio de lo que, abundando en ello, se dirá en la siguiente Consideración sobre la adecuación de dichas intervenciones a la "*lex artis ad hoc*".

2. Por ello, sólo procede considerar los daños que se ligan a la realización misma de las intervenciones quirúrgicas en la sanidad pública, es decir, los presuntos daños morales que la reclamante alega haber sufrido debido a la práctica de las mismas (que considera improcedentes y mal realizadas, y sobre las que no se le informó debidamente) y por los periodos de incapacidad temporal subsiguientes a aquéllas; e, igualmente, por los gastos realizados en la sanidad privada (por considerar que la mala praxis en dichas intervenciones le obligó a acudir a dicha sanidad para dar remedio a su patología y a las complicaciones surgidas tras las mismas). En todos estos casos, el derecho al resarcimiento de tales daños pasa por determinar si existió la denunciada mala praxis pues, de no considerarse acreditada ésta, habrá que concluir que los perjuicios inherentes a la realización de dichas intervenciones no son indemnizables, sino propios de las limitaciones de la ciencia y la técnica sanitarias, que no pueden resolver en todo caso las patologías de la salud ni evitar la aparición de complicaciones propias de tales intervenciones.

QUINTA.- Falta de acreditación de mala praxis médica en su sentido material. Corrección de los tratamientos sanitarios dispensados a la paciente.

Como se expuso en el Antecedente Primero, la reclamante imputa a los servicios sanitarios públicos la realización de mala praxis en el tratamiento médico de su mastopatía fibroquística; en concreto, lo siguiente: a) realizar un tratamiento equivocado, pues no se debería haber propuesto tratamiento quirúrgico para patología tan banal como

la mastopatía fibroquística que padecía; y, en el caso de realizarlo, como se hizo, no haber empleado expansores, como sí fueron utilizados por el facultativo que posteriormente la intervino de forma particular; b) tratar mal las recidivas, ya que no se extraían las prótesis y se dejaba transcurrir el tiempo necesario para sanear la zona, por lo que se practicaron capsulectomías inútiles y mal ejecutadas.

Sin embargo, dichas imputaciones de mala praxis deben rechazarse porque adolecen de toda justificación médica: el mero hecho de que en el informe del facultativo que posteriormente intervino a la reclamante de forma particular se haga constar un procedimiento empleado por éste (utilización de expansores) distinto al realizado en la sanidad pública, o la apreciación de la existencia de un desgarró muscular (del que en la Consideración precedente se ha dicho que no puede considerarse acreditado que tenga su origen en las intervenciones realizadas), no resulta en modo alguno suficiente para acreditar que la asistencia médica pública dispensada fuera contraria a la correcta praxis médica.

A ello se une que tanto el informe de la aseguradora de la Administración como el de la Inspección Médica se pronuncian en contra de las referidas imputaciones, y concluyen en la corrección del tratamiento empleado en la sanidad pública, sin que la reclamante haya formulado alegación alguna al respecto, menos aún, por tanto, haber propuesto prueba pericial que desvirtuase lo allí informado. En dichos informes se expresa que el encapsulamiento de las prótesis mamarias es un riesgo típico de estas intervenciones, y consiste en una respuesta fisiológica exagerada del organismo a un cuerpo extraño, que se produce al formar aquél una cápsula cicatricial interna alrededor del implante, que condiciona la aparición de dolor y una consistencia de la mama reconstruida más dura de lo normal, es decir, que se trata de algo propio del paciente, ajeno a la técnica operatoria. Por otra parte, tanto dicha complicación como la persistencia del dolor mamario que justificaron las posteriores intervenciones pueden explicarse, aparte de por las evidentes limitaciones de la ciencia médica, por la fibromialgia y el Síndrome de Sjogren diagnosticados a la paciente con posterioridad a tales intervenciones (el 2 de diciembre de 2005, según indica el informe de la Inspección Médica), lo que tampoco ha merecido respuesta por parte de la reclamante.

SEXTA.- Sobre la mala praxis médica en sentido formal, o relativa a deficiencias en el consentimiento informado.

También alega la reclamante que no se le informó adecuadamente sobre la indicación de la mastectomía, o de que tras la misma el dolor mamario pudiera mantenerse (recidivas de la mastitis), o de la posible aparición de contracturas capsulares, infecciones, salida de líquido serohemático y el desgarró del músculo pectoral mayor, y que para las intervenciones practicadas suscribió documentos genéricos, en los que no constaba ninguna de dichas complicaciones, e incluso que para la intervención del 24 de julio de 2003 no suscribió documento alguno. A tal efecto, deben realizarse las siguientes observaciones.

I. En primer lugar, resulta necesario recordar lo expresado por este Consejo Jurídico en su Dictamen 191/06, en relación con el régimen jurídico aplicable al consentimiento informado aplicable a un supuesto regido por la Ley General de Sanidad de 1986, como ocurre en nuestro caso con la primera intervención quirúrgica practicada a la reclamante (también con la segunda); intervención aquélla que resulta ser la determinante a los efectos que ahora interesan, pues las posteriores operaciones traen causa de ésta, en cuanto se dirigían a intentar solucionar las complicaciones presentadas tras la misma.

Así, se dijo entonces que *"la ausencia del documento o la insuficiencia de su contenido no determinan automáticamente la antijuridicidad del daño, si es factible acreditar por otros medios que se dio la necesaria información al paciente. En tales casos, el medio probatorio por excelencia será la historia clínica. Entendida ésta en los términos del artículo 3 de la Ley 41/2002, constituye el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, acreditando, por tanto, su contenido el desarrollo de la relación dialogística entre médico y enfermo, de forma que si de ella se deduce un contacto constante, fluido, desprendiéndose que se ha transmitido la información, podrá concluirse que se han cumplido los deberes que incumben al responsable médico del proceso.*

Si ni tan siquiera en la historia clínica se contienen datos suficientes de los que se desprenda de forma inequívoca que se ha informado al paciente a lo largo de todo el proceso, cabrá incluso admitir otros medios de prueba, tales como la testifical o, incluso, las presunciones. Ahora bien, aunque no se excluya de forma tajante y absoluta la validez de cualquier información que no se presente por escrito, en tal caso, es a la Administración a la que

incumbe la carga de la prueba de la información transmitida (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 4 de abril de 2000)."

En esta línea, en el Dictamen 26/08 añadíamos que *"en relación con esta cuestión la jurisprudencia del Tribunal Supremo es variada. En alguna ocasión el Alto Tribunal ha manifestado que es a la Administración a la que corresponde probar la existencia de información y que la firma por el paciente de un papel-formulario genérico aceptando someterse a una intervención quirúrgica no basta (entre otras, Sentencia de 28 de junio de 1999). Sin embargo, en otras sentencias posteriores ha venido a declarar que "es cierto que la fórmula que figura en el impreso - "una vez informado de los métodos, etc."- es genérica, pero el contenido específico a que se refiere -su concreción en el caso de que se trata- ha sido implícitamente asumido por el paciente, lo que, jurídicamente, significa que la carga de probar que no es cierto que la información se haya dado o que ésta es insuficiente, se desplaza al firmante. No puede descargarse toda la responsabilidad de una actuación jurídica -para el caso la explicitación de una autorización para acto médico que debe darse al paciente- sobre los servicios sanitarios. Es el paciente -o, en su caso, el familiar o allegado que lo asiste o sustituye- quien puede y debe solicitar -si lo considera necesario- que se le dé una información más elocuente y que, siempre con la necesaria precisión técnica, se haga constar esa información detallada por escrito" (STS 27 de noviembre de 2000). En esta misma línea argumentativa el Tribunal Supremo, en Sentencias de 4 de abril y 3 de octubre de 2000, manifiesta que no se puede pretender una información excesiva al paciente que dificultaría el propio ejercicio de la función médica; sólo para aquellos casos en los que la información hubiera sido verbal se produce la inversión de la carga de la prueba y compete a la Administración acreditar que el paciente tuvo conocimiento del tipo de intervención que le iba a practicar y de sus posibles consecuencias.*

Esta doctrina jurisprudencial ha sido asumida por este Consejo Jurídico en Dictámenes 28/2006 y 50/2006, si bien con la matización, en ambos casos, de que la historia clínica mostrara indicios de que se había desarrollado de manera efectiva la relación dialogística entre médico y paciente, lo que ofrece un cierto sustento fáctico a su declaración formal de que se le había dado información acerca de su enfermedad, intervención a practicar o tratamiento a instaurar. En otros supuestos, sin embargo, como el contemplado en el Dictamen 191/2006, ha considerado que no resultaba de aplicación porque de la documentación incorporada al expediente no se desprendía que tal información se hubiese facilitado."

Además, y en lo que se refiere al contenido de la información que debe suministrarse al paciente (bien en el documento "ad hoc" o acreditado de otro modo, según se ha dicho), señalamos en el citado Dictamen 191/06 que no todos los riesgos o complicaciones posibles en una intervención deben ser objeto de esta información al paciente, *"pues la construcción jurisprudencial y doctrinal acerca de la información que debe conducir a la prestación del consentimiento previo a la acción asistencial, se ha hecho, en gran medida, por referencia a supuestos en los que el daño es el resultado de la materialización de un riesgo de los considerados inherentes a la intervención o previsibles, es decir, aquellos en que la información no alcanza a comunicar al paciente la existencia de un riesgo de los denominados típicos. La consecuencia en tales casos es que la ausencia de consentimiento informado traslada al médico la responsabilidad por el resultado dañoso sufrido por el paciente, determinando que la lesión derivada de un riesgo inherente a la intervención deviene en antijurídica, pues, al no haber mediado esa información, el consentimiento del enfermo no habría contemplado tal riesgo y, en consecuencia, éste no tiene el deber jurídico de soportar el daño.*

Ahora bien, las consecuencias de la insuficiente información sobre los riesgos varían cuando el daño responde a la materialización de un riesgo atípico, infrecuente o imprevisible.

Este supuesto tiene un tratamiento jurisprudencial mucho más limitado, siendo obligada referencia la STS, Sala 1ª, de 21 de diciembre de 1998, por cuanto establece determinados límites a la información que hay que dar al paciente fijando los riesgos sobre los que hay que informar. Dirá la Sala que "como reconoce unánimemente la doctrina más caracterizada en la materia, la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de

la medicina curativa, tiene ciertos límites y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia".

Esta doctrina enlaza con la establecida por otras Salas del mismo Alto Tribunal, que propugna el sometimiento del deber de información al paciente a criterios de razonabilidad y proporcionalidad (STS, Sala de lo Penal, de 3 de octubre de 1997)."

II. Aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, debe señalarse, en primer lugar, que la secuela relativa al desgarro del músculo pectoral derecho, aparte de no acreditarse que su causa fueran las intervenciones quirúrgicas realizadas, no se trataría, en todo caso, de un riesgo típico o propio de éstas, según expresa la Inspección Médica del SMS en el último de sus informes, por lo que, de acuerdo con la reseñada jurisprudencia, no era obligada su información al paciente.

En lo que se refiere a la denunciada falta de información sobre la indicación de la mastectomía, el hecho de que la paciente hubiera estado en tratamiento hormonal y farmacológico desde 1997, para intentar remediar, sin éxito, su mastodinia crónica, como se desprende de la historia clínica y analiza el informe de la Inspección Médica, permite extraer que cuando en 2001 se le propone la mastectomía debía estar adecuadamente informada y convencida de que la única alternativa terapéutica para intentar solucionar su problema era la intervención quirúrgica; por ello, no puede admitirse una falta de información en este extremo.

Respecto a la información de la posibilidad de que tras la mastectomía los dolores mamarios pudieran persistir, debe decirse, en primer lugar, y como ya se apuntó en la Consideración anterior, que difícilmente puede calificarse tal circunstancia como un riesgo típico de la intervención quirúrgica, sino más bien como una circunstancia, siempre implícita en estos casos, de que un determinado tratamiento médico no solucione la patología de que se trate, dadas las limitaciones de la ciencia y técnica médicas. Por ello, la realización de las posteriores intervenciones y tratamientos encaminados a curar la mastodinia o mastalgia que motivó la mastectomía no pueden considerarse generadores de un daño antijurídico, sino que fueron el proceder lógico cuando se advierte que una primera intervención no ha conseguido el objetivo terapéutico previsto. En este punto no puede olvidarse tampoco que el informe de la Inspección Médica apunta a otras patologías de la paciente, como la fibromialgia y el Síndrome de Sjogren, diagnosticadas mucho después de las intervenciones en cuestión (en 2005, según dicho informe), como responsables de la persistencia de dicha mastodinia o mastalgia, lo que obviamente no pudo ser previsto en 2001 previamente a la mastectomía. El parecer de la Inspección Médica en este punto es coherente, además, con el hecho, también expuesto en la Consideración precedente, de que la reclamante no acredita la existencia de mala praxis en su sentido material, de forma que no puede afirmarse que fueran las técnicas quirúrgicas empleadas en las intervenciones en la sanidad pública las responsables de la persistencia de dicha patología.

En todo caso, además, y tanto en lo que se refiere a las posibilidades de éxito de la mastectomía como a la aparición de complicaciones posteriores, señaladamente el encapsulamiento de las prótesis, como riesgo que se materializó y motivó la segunda intervención, la propuesta de resolución señala que, si bien el consentimiento informado que firmó la paciente fue mediante un modelo genérico, de la documentación clínica e informes que obran en el expediente se puede llegar a la convicción de que fue adecuadamente informada, citando a tal efecto el informe emitido por los cirujanos plásticos que la intervinieron, en el que se hace constar lo siguiente: *"la paciente ha sido tratada desde el año 2001 en el Servicio de Cirugía Plástica por mastopatía fibroquística y mastodinia resistente a tratamiento médico, por lo que se le propuso realizar una mastectomía subcutánea y reconstrucción mediante prótesis según protocolo quirúrgico, aceptando la paciente la realización de dicha intervención. Asimismo se informa de que el dolor -mastodinia- podría persistir."* También se trae a colación que el primer informe de la Inspección Médica indica que en la entrevista que se mantuvo con el cirujano interviniente, éste manifestó que *"en múltiples ocasiones se informó a la paciente acerca de la cirugía, sus indicaciones y los efectos secundarios o del fracaso de la misma, dado que a lo largo de los casi once meses que permaneció en la lista de espera quirúrgica preguntaba continuamente, por la ansiedad que la intervención le causaba, planteándose la posibilidad de continuar con los tratamientos médicos."*

Conforme indicamos en el Dictamen 197/09, de 9 de noviembre de 2009, cuando existe un lapso de tiempo lo suficientemente dilatado entre la previsión de la intervención y su realización (como resulta en este caso, según el citado informe y ratifica el de la Inspección Médica), el paciente dispone de amplias posibilidades para solicitar información adicional sobre dicha intervención y sus posibles riesgos o complicaciones, habiendo expresado la Audiencia Nacional, en su Sentencia de 7 de mayo de 2002, que ello tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, haciendo recaer en el paciente la obligación de acreditar que la información dada no fue suficiente; ello va en la línea de lo señalado en la STS, Sala 3ª, de 27 de noviembre de 2000, citada en el Dictamen 26/08, antes transcrito.

Frente a lo anterior, la reclamante no ha formulado alegación alguna en los dos trámites de audiencia concedidos al efecto, por lo que en este punto ha de estarse a lo informado por dichos facultativos (en el mismo sentido, Dictámenes 12/08, de 28 de enero, 175/08, de 3 de noviembre, y 65/10, de 29 de marzo).

En consecuencia, en el caso planteado no puede estimarse producida una omisión de información sanitaria determinante de responsabilidad patrimonial por lesión del derecho de autodeterminación de la paciente a someterse a uno u otro tratamiento médico según la información previamente dada, por lo que a este respecto no puede entenderse producido un daño susceptible de indemnización.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- No se acredita la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Cuarta a Sexta del presente Dictamen. En consecuencia, la propuesta de resolución dictaminada, desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.