



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **94/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de abril de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 23 de noviembre de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **272/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 7 de julio de 2009 tiene entrada en el Registro del Servicio Murciano de Salud (SMS) escrito de la Directora General de Gestión y Servicios Generales del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS), al que acompaña reclamación formulada el día 10 de junio de 2009 por x, en nombre y representación de su marido, x, expresando que éste venía siendo tratado de hipertensión arterial sometiéndose a revisiones periódicas, cuando en diciembre de 2005 ingresó en el Servicio de Urgencias del HGURS por epistaxis, comentándoles el otorrino que lo atendió que podría sufrir algún problema de riñón. Revisado en el Servicio de Medicina Interna de dicho Hospital, fue finalmente derivado al Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, donde le vieron por primera vez el marzo de 2006 y tras varias pruebas y análisis le diagnosticaron una insuficiencia renal crónica. Añade que una vez comenzado el tratamiento de hemodiálisis en abril de 2009, pidieron todos los informes del paciente y entre ellos comprobaron que había uno de fecha 8 de julio de 2003, en el que consta que su marido tenía una insuficiencia renal leve y, sin embargo, ellos no habían tenido conocimiento de tal enfermedad hasta marzo de 2006. La reclamante considera que se omitió información al paciente sobre la verdadera dolencia que padecía, sin que se adoptaran a tiempo las medidas adecuadas que retrasaran la evolución de la enfermedad renal que padecía.

Finaliza su escrito solicitando se declare la responsabilidad de quien corresponda a tenor de los establecido en los artículos 106 de la Constitución Española y 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), aunque no fija cantidad alguna en concepto de indemnización.

SEGUNDO.- Recibida la reclamación en el SMS la Jefa de su Servicio Jurídico dirige escrito a la

x al objeto de que acredite la representación con la que dice actuar. El requerimiento es cumplimentado con la aportación de la copia de escritura de poder otorgado recíprocamente por ambos cónyuges.

TERCERO.- Admitida a trámite la reclamación (22 de septiembre de 2009) y notificado ello tanto al reclamante como a la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), la instrucción requiere al HGURS el envío de la historia clínica del paciente, así como informe de los facultativos que lo atendieron.

El requerimiento fue cumplimentado con el envío de la historia clínica e informe del Dr. x, Médico Adjunto del Servicio de Medicina Interna del citado Hospital, del siguiente tenor:

"Atendí al paciente por primera vez en mayo de 2000, cuando fue derivado por su médico (a petición del propio paciente, según figura en la hoja de interconsulta) por hipertensión (HTA) tratada con fármacos desde noviembre de 1995, habiéndose detectado en una analítica reciente niveles de creatinina de 1,5 mg/dl (tenía cifras de 1,1 mg/dl en junio de 1997), hiperuricemia (9,9 mg/dl) y presencia de microalbuminuria (30 mg/dl). Es pues evidente que ya por entonces, tanto su médico como el propio paciente (que solicitó a petición propia la derivación a nuestra consulta) conocían la existencia de datos de nefropatía hipertensiva incipiente e insuficiencia renal leve.

Su HTA era compatible con una etiología esencial, pues el paciente tenía claros antecedentes familiares de HTA (madre, tía materna y hermana) y no presentaba datos clínicos sugestivos de causa u origen secundario de su HTA, puesto que, además, los datos de nefropatía incipiente e insuficiencia renal leve (elevación discreta de los niveles de creatinina sérica) no estaban presentes en el momento del diagnóstico en 1995 (sabemos que sus niveles de creatinina eran normales en junio de 1997 y aparecieron tras casi cinco años de evolución conocida de su HTA). No obstante, procedimos a ampliar la evaluación clínica inicial, solicitando exploraciones complementarias, y entre ellas una ecografía abdominal con doppler renal que informó que los riñones no mostraban hallazgos patológicos y que el resto del estudio abdominal era normal, salvo la existencia de signos de hígado graso. La conclusión diagnóstica que sacamos fue que el paciente tenía una HTA esencial primaria de larga evolución que había desarrollado una nefropatía hipertensiva secundaria (nefroangioesclerosis).

Una vez completado el estudio, tras comentar lógicamente los resultados y las medidas de tratamiento con el paciente, se le entregó un informe para conocimiento de su médico con el diagnóstico de HTA con signos de nefropatía incipiente e hiperuricemia, y las recomendaciones de tratamiento, tanto higiénico-dietético como farmacológico. Respecto al tratamiento farmacológico, y para prevenir un agravamiento de su nefropatía hipertensiva se aconsejó el empleo de un bloqueante del sistema renina-angiotensina tipo IECA (inicialmente quinapril 20) junto con un diurético a dosis bajas y alopurinol.

En revisiones posteriores se comprobó que el tratamiento fue bien tolerado y efectivo manteniendo el paciente, en general, cifras de presión arterial normales e incluso óptimas en muchas ocasiones (como puede comprobarse en la copia del informe de la visita de revisión del 8-7-2003 que el

Dr. x entregó en su momento al paciente para conocimiento de su médico). En cuanto a los niveles de creatinina, estos se mantuvieron estables ($\leq 1,5$ mg/dl), sin empeoramiento a lo largo del tiempo durante los siguientes casi 5 años, como se puede constatar al comprobar que en el momento de su llegada a urgencias por epistaxis de repetición, el 26 de diciembre de 2005, sus niveles de creatinina sérica, seguían siendo de 1,5 mg/dl. Es evidente por tanto que, durante esos años, el tratamiento y el control de su HTA fueron adecuados y no se consideró necesaria su derivación a nefrología ya que su nefropatía hipertensiva incipiente y su ligera insuficiencia renal permanecieron estables y no progresaron (solamente empeoraron, elevándose bruscamente los niveles de creatinina, a las 24 h ingreso en ORL por epistaxis, proceso en el que no tuve personalmente ninguna intervención).

Tan pronto como el paciente acudió a mi consulta, el 17-1-2006, pocos días tras su alta hospitalaria, y al constatar el brusco empeoramiento de sus parámetros de función renal y proteinuria ocurrido durante su reciente ingreso, estimé conveniente (como puede comprobarse en la copia del informe de su visita a la consulta de ese día) su derivación a nefrología para su evaluación más completa y aconsejé añadir losartan al tratamiento antihipertensivo prescrito a su alta hospitalaria (tratamiento que actualmente mantiene nefrología, según el informe del 23-3-09 aportado por el paciente). Sinceramente, después de casi tres años y medio, no recuerdo ningún incidente durante esa visita y no reconozco los hechos referidos en el escrito de reclamación porque no es, y nunca ha sido así, mi forma de tratar a los pacientes. Frente a las aparentes incongruencias relatadas por la reclamante están los datos objetivos que se recogen en el informe de la visita y el hecho de que el paciente fue inmediatamente derivado a nefrología (fue visto en el H. Arrixaca porque, en ese momento, todavía no teníamos nefrólogos en el H. Reina Sofía). Me cuesta también entender como, si el paciente creyó percibir algún tipo de incorrección por mi parte, no formuló entonces una reclamación en tiempo y forma, y continuó sin embargo viniendo a revisión a mi consulta durante los siguientes dos años, a pesar de que ya se encontraba bajo seguimiento por nefrología.

A la vista de los datos obrantes en su historia y de los informes de nefrología (incluyendo el resultado de la biopsia renal), pienso que el proceso agudo sobreañadido que ocasionó el empeoramiento brusco y de evolución desfavorable que afectó gravemente la función renal del paciente, a partir del 26-12-2005, y que no ha podido ser controlado a pesar de los esfuerzos de nefrología, ha podido ser consecuencia de una NEFRITIS AGUDA (tubulointersticial focal, según la biopsia) sobreañadida que complicó independientemente una nefroangioesclerosis crónica preexistente, propia de la UTA benigna, que el paciente ya había desarrollado antes de mayo de 2000, y que posteriormente había estado estabilizada y correctamente tratada (ÍECAs) durante más de cuatro años".

CUARTO.- Requerida por la Instructora la compañía de seguros remite dictamen médico colegiado, en el que tras realizar las consideraciones médicas que se estiman oportunas, se concluye del siguiente modo:

"1. Todo el seguimiento del paciente en Atención Primaria y Especializada fue adecuado y se ajustó a la Lex artis.

2. La remisión del paciente al Servicio de Nefrología se produjo según las pautas habituales de

valoración y seguimiento en Atención Especializada.

3. El deterioro de la función renal prosiguió a pesar del seguimiento en la consulta de Nefrología.

4. El paciente sufrió un deterioro progresivo de su función renal, en un periodo de años, como consecuencia de la asociación de varios factores deletéreos en su función renal.

5. No podemos conocer con exactitud el peso de cada uno de los factores implicados, algunos conocidos, y otros probablemente desconocidos.

6. No podemos conocer el grado de cumplimiento terapéutico del paciente en el curso de estos años".

QUINTO.- Con fecha 30 de mayo de 2010 la Inspección Médica emite informe, en el que, tras valorar la historia clínica y demás documentación de carácter médico contenida en el expediente, señala que:

"La hipertensión, ya sea esencial o de causa conocida, origina lesiones en las arteriolas renales y pérdida de función.

Evaluado durante un tiempo en las consultas de la unidad de hipertensión y lípidos (Servicio de Medicina interna, con profesionales adecuadamente formados para el seguimiento de esta patología), se deriva a Nefrología para su evaluación mas completa una vez se detectó descompensación.

Bien tratado y con controles pertinentes y adecuados, evolucionó a insuficiencia renal crónica".

Finaliza afirmando no encontrar fundamento alguno para la reclamación.

SEXTO.- Se comunica a los interesados (reclamante y aseguradora) la apertura del trámite de audiencia, sin que ninguno de ellos haga uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria, al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria de la Región de Murcia.

SÉPTIMO.- Con fecha 23 de noviembre de 2011 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El paciente, al sufrir en su persona los perjuicios imputados a la actuación administrativa, consistente en la atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

Por otro lado, su actuación a través de representante ha quedado debidamente acreditada, según exige el artículo 32 LPAC, con la copia de poder notarial otorgado a favor de su esposa x.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

II. La reclamación se ha presentado en el plazo de prescripción de un año legalmente establecido en el artículo 142.5 LPAC.

En efecto, aunque, como se verá posteriormente, de la historia clínica y de los informes médicos que se han incorporado al procedimiento, se deduce que el paciente conocía desde hacía tiempo que padecía algún tipo de dolencia renal, lo que convertiría, en relación con ese motivo de pedir, en extemporánea la reclamación, el hecho de que también reclame por una deficiente asistencia sanitaria que habría incidido negativamente sobre la evolución de su patología, de la que, a la fecha de interposición de la reclamación, aún no había sido dado de alta, nos lleva a tener por ejercitada la acción dentro de plazo.

III. Aunque la tramitación ha respetado, en términos generales, lo que sobre este tipo de procedimientos se establece tanto en LPAC como en el RPP, se observa que la instructora debió instar al reclamante para que concretara la cuantificación económica del daño, dando así cumplimiento a lo que, al respecto, se contiene en el segundo párrafo del artículo 6.1 RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste pueda ser dado de alta, advirtiéndole de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Como se indicó en los Antecedentes, el reclamante no concreta la evaluación económica de la indemnización, aspecto que resulta obligado a tenor de lo establecido en el artículo 13.2 RRP que exige que la resolución de una reclamación de esta clase se pronuncie sobre la valoración del daño causado, en su caso (es decir, de existir éste y ser resarcible), y, en consecuencia, sobre la cuantía de la indemnización. Ahora bien, que el interesado no haya cuantificado la evaluación económica del daño eventualmente resarcible no obsta a un pronunciamiento sobre la eventual responsabilidad patrimonial y la indemnización en su caso procedente, siempre que se alegue la existencia de daños imputados al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, como así hace el interesado (agravamiento de la enfermedad renal que padecía), sin perjuicio de la valoración económica que de ellos pueda hacer la

Administración en el caso de que los mismos se consideren resarcibles por concurrir los presupuestos legales del referido instituto jurídico.

Sentado lo anterior, procede examinar ahora si ha quedado acreditada la existencia de la necesaria relación de causalidad entre la actividad sanitaria y el daño, en virtud del cual se reclama. Para el reclamante, la causa del daño que dice haber sufrido radica en la falta de información sobre la dolencia renal que padecía, así como que no se adoptasen las medidas necesarias para evitar que la enfermedad prosperase.

La determinación en cada supuesto 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 (LEC)-, 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.

Se debe analizar en primer lugar si efectivamente se ocultó información al reclamante sobre su dolencia renal. A este respecto, el análisis de la documentación que obra en el expediente nos lleva a señalar que no ha quedado acreditado en el expediente que tal circunstancia se produjera. En efecto, el reclamante, a quien corresponde acreditar la veracidad de sus afirmaciones de conformidad con la regla de la distribución de la carga de la prueba contenida en el artículo 217 LEC, no ha desplegado actividad alguna en dicho sentido, en tanto que la Administración lo ha hecho de la única forma posible, es decir, mediante la incorporación al expediente de la historia clínica del x e informe del facultativo que lo atendió. En este sentido resulta altamente ilustrativo el informe del Dr. x, obrante al folio 19, cuyo contenido no ha sido contradicho por el reclamante, en el que se señala que en el año 2000, cuando lo ve por primera vez en su consulta, el paciente presentaba una analítica con datos de nefropatía hipertensiva incipiente e insuficiencia renal leve, circunstancia que motivó que se le derivase, por cierto a petición propia, a su consulta de medicina interna. Tras completar el estudio del paciente se llegó a la conclusión diagnóstica de que el mismo padecía una hipertensión arterial esencial primaria de larga evolución que había desarrollado una nefropatía hipertensiva secundaria (nefroangioesclerosis). Continúa afirmando el facultativo que tal circunstancia, así como el tratamiento a seguir, fueron comentadas con el paciente, al que, además, se le entregó un informe para conocimiento de su médico en el que se reflejaba el anterior diagnóstico. Lo anterior evidencia, en contra de lo que mantiene el reclamante, que, al menos desde el año 2000, ya era conocedor de la enfermedad renal que padecía y seguía el tratamiento farmacológico indicado para la misma.

En cuanto a la segunda afirmación vertida en la reclamación, es decir, la demora en la aplicación de los medios necesarios para retrasar la evolución de la enfermedad, se halla huérfana de prueba por parte del interesado, en tanto que la Administración ha acreditado que el paciente tuvo un seguimiento escrupuloso por parte de los facultativos integrados en el sistema público de la sanidad regional. En efecto, los síntomas de hipertensión arterial surgen en el año 1995 y, desde ese momento, son tratados en Atención primaria. Consta que en el año 1997 las analíticas mostraban niveles de creatinina normales y cuando, tras cinco años de evolución de la THA, aparecen por primera vez síntomas de nefropatía hipertensiva secundaria, es derivado a una unidad especializada en el control de los factores de riesgo vascular en medicina interna del HGURS en la que se le efectúa un exhaustivo control de su dolencia desde el año 2000. El tratamiento pautado por esta unidad se mostró, como señala el Dr. x, adecuado, manteniendo el paciente durante bastantes años cifras de presión arterial normales e incluso, en muchas ocasiones, óptimas, y esta situación se prolongó a lo largo del tiempo como lo demuestra el hecho de que a su ingreso el día 26 de diciembre de 2005, por epistaxis de repetición, sus niveles de creatinina sérica seguían siendo de 1,5 mg/dl. El empeoramiento se produce de forma brusca a las 24 horas del ingreso y cuando veinte días después, el 17 de enero de 2006, fue atendido de nuevo en la Unidad de Medicina interna, ante el empeoramiento sufrido en los parámetros de función renal, fue derivado al servicio de nefrología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Según afirman los peritos de la aseguradora la remisión del paciente a este último servicio se produjo según las pautas habituales de valoración y seguimiento en Atención Especializada. En el mismo sentido se pronuncia la Inspectora Médica al indicar que se derivó al paciente a dicho servicio en cuanto se detectó una descompensación en sus parámetros de creatinina. No se produjo, pues, un retraso en atender al paciente; muy al contrario, la historia clínica evidencia la diligente y ajustada a normopraxis atención que se le prestó, sin que ello, por desgracia, haya podido evitar una tórpida evolución de las dolencias del paciente que lo han abocado, en última instancia, a un tratamiento de diálisis, debido al progresivo deterioro de su función renal, como consecuencia de la asociación de varios factores deletéreos (hipertensión arterial, hiperuricemia, síndrome metabólico, ingesta de inflamatorios, factores hereditarios e incluso, se apunta en el informe pericial de la aseguradora, podría haber coadyuvado un incumplimiento terapéutico por parte del paciente), y no a una actuación médica no ajustada a *lex artis*.

Ante estos informes evacuados por quienes tienen los conocimientos técnicos y científicos adecuados para ello, las manifestaciones vertidas por el interesado en su reclamación tendentes a establecer una relación directa entre la pretendida omisión de medios en la asistencia sanitaria recibida y la evolución del cuadro patológico que presentaba, carecen de eficacia enervante por constituir meras afirmaciones de parte no avaladas por dictamen médico alguno.

En consecuencia, a juicio del Consejo Jurídico no ha sido acreditado por el reclamante, sobre quien recae la carga de la prueba, ni resulta del expediente, que se haya producido una violación de la *lex artis* médica en la prestación sanitaria desplegada por el sistema de salud regional.

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, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

No obstante, V.E. resolverá.

