



Dictamen nº 223/2013

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de julio de 2013, 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 Excma. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 30 de enero de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 24/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 25 de enero de 2007, x presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud. En síntesis, en ella expresa que, habiéndose quedado embarazada a primeros de febrero de 2006, siguió periódicas revisiones en los centros de salud de San Diego y Santa Rosa, de Lorca; el 20 de julio de 2006, al levantarse por la mañana, advirtió que había perdido líquido vaginal por la noche y, como ese día tenía que pasar revisión y hacerse una ecografía en el segundo de los citados centros, comunicó al personal que allí la atendió que sufría de incontinencia por vía "vaginal", sin que a ello le dieran importancia ni detectaran nada anormal en la ecografía realizada ese día.

Sigue exponiendo que el 28 de julio de 2006 acudió al Servicio de Urgencias del hospital "Rafael Méndez", de Lorca, comunicando al personal que la atendió que estaba embarazada y que llevaba unos siete días sufriendo de incontinencia "vejiga", si bien en dicho Servicio no se le realizó ninguna prueba y, tras exploración física, se le dio el alta con diagnóstico de "incontinencia vesical", recomendandole observación domiciliaria, si empeora volver a urgencias y control por su médico de atención primaria, según consta en el parte de alta que aporta. Añade la reclamante que le recomendaron el uso de compresas.

Sigue exponiendo que el 31 de julio de 2006 por la mañana tuvo vómitos, náuseas, fiebre y dolor, por lo que volvió al citado Servicio de Urgencias, donde quedó ingresada; posteriormente el ginecólogo le comunicó que la incontinencia "vejiga" que padecía era debida a la pérdida de líquido amniótico, por lo que se procedió a realizar el aborto del feto, quedando hospitalizada hasta el 6 de agosto de 2006, en que se le dio parte de alta, que adjunta, en el que se hace constar, entre otros extremos, la "pérdida de líquido amniótico de varios días" y el diagnóstico de rotura prematura de membranas, corioamnionitis (infección intraamniótica) y aborto tardío (inducido).

A partir de lo anterior, la reclamante considera que existió un error de diagnóstico cometido por el Centro de Salud de Santa Rosa el 20 de julio de 2006, y otro el 28 de julio de ese año por el Servicio de Urgencias del hospital

"Rafael Méndez", en cuanto que en tales fechas dichos centros sólo consideraron una simple incontinencia "vejigal", cuando pocos días después se reconoce que padecía una pérdida de líquido amniótico y rotura prematura de la membrana, por lo que se le tuvo que realizar un aborto terapeútico. Por la pérdida del feto, de más de 12 semanas de gestación y de madre primeriza, y por la situación de ansiedad que padece por tal causa, según informe de su médico de cabecera que aporta, solicita una indemnización de 32.204,71 euros, conforme con el baremo de la ley 30/95, de ordenación de seguros privados.

SEGUNDO.- El 5 de marzo de 2007, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, que fue notificada a los interesados. Asimismo, en tal fecha se solicitó a los citados centros sanitarios y a la Gerencia de Atención Primaria de Lorca copia de la historia clínica de la paciente e informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Mediante oficio de 20 de abril de 2007, la citada Gerencia remitió la documentación solicitada, incluyendo un informe de 9 de enero de 2007, de la médica de familia x, en el que manifiesta que desde el aborto sufrido en agosto de 2006, la paciente ha desarrollado un cuadro ansioso con componente obsesivo en torno al bebé perdido y a todo el proceso sufrido, así como en la búsqueda de un nuevo embarazo.

CUARTO.- Mediante oficio de 28 de mayo de 2007, el Director Gerente del hospital "Rafael Méndez" remitió la documentación solicitada, incluyendo dos informes:

- Informe de 9 de mayo de 2007, de x, facultativa del Servicio de Urgencias, sobre la asistencia prestada el 28 de julio de 2006, que expresa lo siguiente:

"En relación a la reclamación interpuesta por esta señora creo recordar la asistencia prestada el día 28 de julio, cuando me consultó porque "llevaba una semana orinándose encima", motivo por el que utilizaba compresas. Recuerdo, así mismo, que estaba con una edad gestacional de aproximadamente 20 semanas, siendo llamativo el perímetro abdominal. Como recojo en el informe de asistencia, no relataba síndrome miccional acompañante, incontinencia rectal, ni fiebre. Tampoco presentaba dolor abdominal ni sangrado vaginal, puesto que lo hubiera reflejado en dicho informe de asistencia. En la exploración que practiqué a la paciente no le aprecié ningún déficit neurológico que justificara la incontinencia. Por la incomodidad y la limitación funcional que producía los síntomas en la paciente, consideré oportuno consultar telefónicamente con el ginecólogo de guardia el caso, por si había alguna posibilidad de tratamiento que paliara las molestias. No le concedí tampoco importancia a los síntomas que refería, en ausencia de otros, atribuyendo los mismos a modificaciones del suelo pélvico, propias del embarazo, con presentación variable dependiendo de las características del mismo".

- Informe de 21 de mayo de 2007, de x, del Servicio de Ginecología y Obstetricia, sobre la asistencia prestada el 31 de julio de 2006, que expresa lo siguiente:

"Según averiguo por su historia clínica, la paciente acude a Urgencias el día 31 de julio de 2006 refiriendo fiebre, dolor generalizado, náuseas, vómitos y malestar general de 12 horas de evolución. Refiere también incontinencia urinaria desde hace 8-10 días. Presenta hemograma con leucocitosis y desviación izquierda, así como PCR elevada y sedimento de orina patológico, por lo que se decide ingreso por infección urinaria, instaurándose tratamiento antibiótico iv. Al estar gestante de 22 semanas, la paciente queda ingresada en planta de Maternidad.

El mismo día 31 de julio, a las 22:30 avisan de planta al ginecólogo de guardia por presentar la paciente dolor en ambas fosas lumbares irradiado a hipogastrio, así como fiebre de alto grado. Se procede a su exploración ginecológica, objetivando rotura de membranas con expulsión de líquido amniótico claro. Cérvix borrándose, permeable a un dedo y presentación fetal de nalgas.

Se realiza ecografía abdominal comprobando que el feto tiene frecuencia cardíaca positiva y que presenta un Oligoamnios severo. Se cursa nueva analítica y se observa que ha aumentado la leucocitosis y la PCR.

Con el diagnóstico de Corioamnionitis severa y riesgo de sepsis grave materna se decide inducir aborto terapéutico con oxitocina, y aumentando la cobertura antibiótica. A las 1: 15 h. del día 1 de agosto la paciente expulsa feto en presentación de nalgas y placenta íntegra.

Permanece ingresada durante 6 días más con tratamiento antibiótico iv y posteriormente vo. Se realiza ecografía previa al alta compatible con la normalidad." (...)

QUINTO.- Solicitado el 7 de junio de 2007 informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 14 de septiembre de 2012, del que destacan sus conclusiones:

"1) x, de 19 años de edad, antecedentes personales sin interés, en gestación de 22 semanas, se diagnostica de RPM (rotura prematura de membrana) tras dos consultas en Servicio de Urgencias (del hospital "Rafael Méndez", HRM), practicándosele aborto terapéutico.

- 2. No consta en documentación clínica ningún signo ni síntoma de alerta relacionado con pérdida de orina (incontinencia urinaria) ni pérdida de líquido amniótico por vía vaginal en consulta realizada con el Servicio de Tocología del Centro Santa Rosa de Lima el día 20 de julio, la actuación del servicio de tocología es correcta y adecuada en consonancia con el seguimiento del embarazo.*
 - 3. Por lo que respecta a la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del HRM (el 28 de julio de 2006), no consta en documentación clínica interconsulta con tocología, exploración tocológica ni realización de prueba alguna (ecografía, test de hidracina, cristalización en helechos, PROM,..) para realizar diagnóstico diferencial con RPM.*
 - 4. Puede considerarse que ha existido retraso en el diagnóstico tras la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias.*
 - 5. Con respecto a la pérdida del feto con 22 semanas de gestación, en pacientes con RPM por debajo de las 26 semanas las probabilidades de supervivencia son muy reducidas, con lo que, a pesar del retraso diagnóstico, el resultado hubiera sido el mismo.*
- 6) En cuanto a la actuación del Servicio de Tocología (del HRM) en el ingreso hospitalario tres días después, está*

acorde con los protocolos diagnósticos y terapéuticos publicados en la literatura médica".

SEXTO.- Obra en el expediente, aportado por la aseguradora del SMS, un dictamen médico de 4 de noviembre de 2012, que concluye lo siguiente:

1. "Se trata de una reclamación de responsabilidad patrimonial por una actuación médica incorrecta, que derivaron (sic) en la pérdida de la gestación con 22 semanas por una corioamnionitis. Se reclama la falta de diagnóstico 3 días antes cuando acudió a urgencias, que hubiese podido evitar el desenlace.
2. Se define la corioamnionitis como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico y tiene una gran asociación a la rotura prematura de membranas.
3. Frente al diagnóstico de corioamnionitis es esencial que ocurra el parto para la resolución de la enfermedad y eso es independiente de la edad gestacional.
4. El diagnóstico de una corioamnionitis es fundamentalmente clínico. Cuando la paciente acudió a urgencias el día 28.07.2006 refería sensación de pérdida de orina, frecuente en ocasiones en el embarazo. No hubo síntomas que hicieran sospechar en una corioamnionitis. El día 31.07.2006 el cuadro de corioamnionitis debutó con fiebre, dolor, franca pérdida de líquido y malestar general.
5. La actuación de los facultativos se ajustó a lex artis ad hoc y a los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, no apareciendo datos de mala praxis, negligencia ni omisión de actuaciones o medios y sin que los hechos acontecidos tengan relación con la corioamnionitis".

SÉPTIMO.- Mediante oficio de 4 de diciembre de 2012 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, no constando su comparecencia ni la presentación de alegaciones.

OCTAVO.- El 16 de enero de 2013 se formula propuesta desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar que el retraso en el diagnóstico de la rotura temprana de la membrana que sufrió la reclamante, por no haber consultado el Servicio de Urgencias del hospital "Rafael Méndez" con el Servicio de Tocoginecología, como señala el informe de la Inspección Médica, o por la ausencia de síntomas claros, como señala el informe de la aseguradora del SMS, no ha supuesto un resultado diferente al propio de la evolución de la propia patología, esto es, la necesidad de inducir un aborto terapéutico, añadiendo que tanto los informes médicos que obran en el expediente como la literatura médica referida en los mismos coinciden en que en períodos tempranos de gestación, como el supuesto de que se trata, lo más indicado es la finalización de la gestación, dado que los fetos no son viables y la salud de la madre puede verse gravemente comprometida.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para solicitar indemnización por los daños morales derivados de la pérdida del feto del que estaba embarazada y por los daños psíquicos a que se refiere en su reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el 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), no hay objeción que señalar, vistas las fechas de la actuación sanitaria cuestionada y la de la presentación de la reclamación.

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.

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

I. 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.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 de éste 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, 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*".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, 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 (...) y 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, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervenientes, 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.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Como se desprende de los Antecedentes, la reclamante solicita indemnización por la pérdida del feto del que

estaba embarazada y los daños psíquicos asociados a dicha circunstancia, que imputa al error de diagnóstico cometido el 20 y el 28 de julio de 2006 por los servicios médicos del Centro de Salud "Santa Rosa de Lima" y del hospital "Rafael Méndez", de Lorca, respectivamente, al no diagnosticar, en su embarazo, la pérdida de líquido amniótico y la rotura prematura de membrana (RPM) del saco amniótico y la corioamnionitis (infección intraamniótica) asociada, lo que llevó a la necesidad de inducirle el aborto terapeútico. Aun cuando no lo expresa, de sus alegaciones se deduce que sostiene que, de haberse diagnosticado sus patologías en las indicadas fechas, no se hubiera tenido que proceder a dicho aborto. La reclamante no apoya sus alegaciones en informe médico alguno, y ni siquiera presentó alegaciones en el trámite de audiencia, señaladamente manifestando su contradicción u objeción con lo expresado en los informes médicos emitidos en el procedimiento.

A tal efecto, y por las razones expresadas en la Consideración precedente, debe destacarse que el informe de la Inspección Médica comienza por descartar la existencia de mala praxis en la asistencia dispensada a la paciente el 20 de julio de 2006 en el citado Centro de Salud, affirmando que *"no consta en documentación clínica ningún signo ni síntoma de alerta relacionado con pérdida de orina (incontinencia urinaria) ni pérdida de líquido amniótico por vía vaginal en consulta realizada con el Servicio de Tocología del Centro Santa Rosa de Lima el día 20 de julio, la actuación del servicio de tocología es correcta y adecuada en consonancia con el seguimiento del embarazo"*. Sin embargo, advierte una inadecuada praxis en la asistencia dispensada el 28 de julio de 2006 en el Servicio de Urgencias del hospital "Rafael Méndez", pues considera que en los casos de gestantes que consultan por incontinencia urinaria (al margen, debe entenderse, de que en vez de tal circunstancia -o acumuladamente con ella- estuviera sufriendo la pérdida de líquido amniótico -por vía vaginal-, como luego se reflejó en el informe de alta tras acudir a dicho hospital por segunda vez el 31 de julio siguiente), debe realizarse el diagnóstico diferencial con la rotura temprana de membrana del saco amniótico, realizando exploración tocológica y diversas pruebas, lo que no se hizo entonces, sino el 31 de julio siguiente, en que se detectó dicha rotura y la corioamnionitis asociada, lo que implicó que, correctamente, se indicara la inducción al aborto, para evitar los graves riesgos que de otro modo existirían para la vida de la gestante.

Ahora bien, el informe considera asimismo que el retraso de diagnóstico (de tres días) de las citadas patologías de la paciente no influyó en el resultado de la pérdida del feto, pues expresa que *"en pacientes con RPM por debajo de las 26 semanas (de gestación del feto, en el caso, de 22), las probabilidades de supervivencia del feto son reducidas y, en caso de sobrevivir, las secuelas son muy elevadas"*, añadiendo que la RPM producida antes de la viabilidad fetal *"tiene una morbimortalidad materna y fetal elevada, con riesgo materno de corioamnionitis, endometritis, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis, aborto tardío y riesgo fetal de exitus espontáneo, prematuridad extrema, hipoplasia medular, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular grado III-IV, deformidades esqueléticas, etc."* Quiere ello decir, a juicio de la Inspección Médica, que, incluso en el caso de que las patologías en cuestión se hubieran diagnosticado el 28 de julio de 2006, la consecuencia no hubiera sido distinta de lo indicado tres días después, esto es, la procedencia de la inducción al aborto.

Como se expuso en la Consideración precedente, la declaración de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria requiere que el anormal funcionamiento de los servicios públicos que pudiere existir en el caso de que se trate sea la causa eficiente y adecuada de los daños por los que se reclama indemnización, por lo que si dicho anormal funcionamiento es indiferente en la producción de tales daños (aquí, el moral derivado de la pérdida del feto y el daño psíquico también alegado), no podrá declararse tal responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de otras consecuencias ajenas a este instituto jurídico (como la responsabilidad disciplinaria que, en hipótesis, pudiera existir).

Por todo ello, no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad, entre los referidos daños y el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, que es determinante para declarar la responsabilidad patrimonial administrativa, por lo que debe desestimarse la reclamación presentada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización no concurre la relación de causalidad que es jurídicamente necesaria y adecuada para determinar la responsabilidad de la Administración sanitaria regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación de referencia, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.