



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 263/2013

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de septiembre 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 15 de abril de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 135/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 8 de febrero de 2012, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que el 9 de febrero de 2011, a la hoy actora le fue practicada una colecistectomía laparoscópica en el Hospital "Morales Meseguer" de Murcia, presentando tras su realización fuertes dolores abdominales y caída de hematocrito, por lo que fue intervenida de urgencia en la mañana del día siguiente, también mediante laparoscopia, encontrándose "hemoperitoneo de 500 cc. y coágulos", y procediéndose al lavado, aspirado y drenaje del lecho, sin ser hallado ningún punto sangrante que pudiera ser la causa de la hemorragia.

Horas después de la intervención y como persistía el sangrado, la paciente fue nuevamente operada mediante laparotomía media, apreciándose la existencia de un hematoma subcapsular en los segmentos IV, V, VI y VIII que ocupaba todo el lóbulo hepático derecho, con hemoperitoneo por trasudación del hematoma. En dicha intervención se produjo la rotura de la cápsula de Glisson, con profundo sangrado hepático.

El 12 de febrero y ante la inestabilidad clínica que presenta, la paciente es trasladada al Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, donde fue operada mediante incisión subcostal bilateral, hallando un hemoperitoneo de 1,5 litros en el lecho quirúrgico y la persistencia del hematoma subcapsular en la totalidad del lóbulo hepático. Durante dichas intervenciones se le realizaron numerosas transfusiones sanguíneas.

Considera la reclamante que el daño ocasionado es consecuencia de una mala praxis, ya que "*las secciones del lecho hepático afectadas por el hematoma se sitúan en una zona ajena a la intervenida*", entendiendo que es

durante la segunda intervención por laparoscopia, la realizada el 10 de febrero, cuando se le produce "una laceración grave de la superficie hepática por el esfuerzo desmedido de uno de los trócares"; y que el consentimiento informado prestado no preveía como riesgo típico la gravedad de las lesiones que son objeto de la reclamación interpuesta.

La reclamante solicita una indemnización que no cuantifica, por los días de estancia hospitalaria, días impeditivos y no impeditivos, por las secuelas de hematoma subcapsular que ocupa el lóbulo hepático derecho, y por perjuicio estético bastante importante.

Se adjunta a la solicitud diversa documentación clínica, y se solicita la incorporación al expediente de la historia clínica completa obrante en el Hospital "Morales Meseguer".

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del referido ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, al tiempo que recaba de los hospitales que prestaron la asistencia por la que se solicita indemnización, la remisión de copia de la historia clínica e informe de los profesionales que atendieron a la paciente.

TERCERO.- Remitida la documentación solicitada, destaca el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, de 24 de marzo de 2012, firmado por el Jefe de Servicio y por dos facultativos del mismo (folios 33 a 36). El informe es del siguiente tenor literal:

"La paciente fue intervenida el 9-02-2011 por los facultativos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo Dra. ... y Dr., mediante procedimiento laparoscópico efectuado sin incidencias reseñables. Lo anterior, es decir, que el procedimiento resultara satisfactorio, no excluye la posibilidad de aparición de complicaciones de todo tipo durante el periodo postoperatorio inmediato o más adelante. De hecho, por esa posibilidad, todos los pacientes pasan primero a la Unidad de Reanimación Postoperatoria para control estrecho bajo monitorización avanzada y luego a la planta de hospitalización para control de nivel medio en la unidad de enfermería.

Durante la noche del día de la intervención se vigiló estrechamente por señales de sangrado que se revelaron con mayor intensidad en la mañana siguiente, y aconsejaron la revisión quirúrgica del área operatoria. Se aprovechó el reciente abordaje laparoscópico y, por esa misma vía, se reintervino a la paciente la mañana del día 10-02-2011 con el diagnóstico de sangrado postcolecistectomía. Se comprobó la hemorragia intraabdominal (hemoperitoneo y coágulos en el lecho hepático de la vesícula) y el diagnóstico fue: sangrado del lecho hepático. Se practicó lavado, retirada de sangre y coágulos, maniobras hemostáticas (Surgicel, Tachosil) y se dejó un sistema de drenaje intraabdominal para poder recuperar y detectar nuevos sangrados en caso de que estos se produjeran.

Y en efecto, esa misma tarde fue preciso reintervenir por sangrado intraabdominal. Se decidió la apertura del

abdomen por vía subcostal (no media), comprobando nuevo hemoperitoneo y la formación de un gran hematoma subcapsular en lóbulo hepático derecho (es decir, segmentos hepáticos IV, V, VI, VII y VIII). El hematoma, recubierto por la fina cápsula de Glisson, se abrió durante la necesaria movilización del hígado para su correcta exposición y ello, unido a la situación de coagulopatía que presentaba la enferma y que detectó el cirujano, aconsejó concluir la intervención rápidamente con una maniobra hemostática temporal, el llamado "packing" con compresas (9) alrededor de la víscera sangrante, maniobra que consiguió la hemostasia. Este "packing" requiere necesariamente la revisión quirúrgica unos días más tarde, cuando la función de coagulación mejora, para la retirada de todas las compresas que en su momento se dejaron.

La paciente fue trasladada al HUVA el día 12-02-2011 no debido a una inestabilidad clínica, sino porque tras conferencia y consenso con la Unidad de Cirugía Hepática de dicho centro se consideró conveniente efectuar la retirada de las compresas en el HUVA. En su momento, la retirada de compresas -que habían salvado la vida a la paciente-, fue exitosa pues el hígado había alcanzado una hemostasia suficiente.

Hemorragia, infección y dolor han acompañado siempre a la cirugía a lo largo de su historia. La hemorragia después de una intervención quirúrgica abdominal es un riesgo típico que puede provenir de lesiones vasculares, heridas parietales o lesiones o áreas cruentas en vísceras o parénquimas. En este caso, ha sangrado una víscera: el hígado, y el fenómeno se agravó por un factor concomitante: una coagulopatía o alteración de los mecanismos de la hemostasia.

La complicación hemorragia durante o tras la operación viene descrita en el Consentimiento Informado de cirugía de la vesícula biliar, firmado por la paciente el 27-10-2010.

La complicación hemorragia durante o tras la intervención así como el riesgo de lesión de estructuras vasculares, vísceras macizas y vísceras huecas durante la realización de una operación por abdomen agudo, ya sea laparoscópica o abierta, es un riesgo que viene descrito en el Consentimiento Informado de cirugía del abdomen agudo firmado por la paciente la mañana de la reintervención (10-02-2011).

En resumen, se trata de un caso de sangrado visceral, en este caso el hígado, después de una Colecistectomía. El sangrado hepático postcolecistectomía es típico, tanto con el uso de la vía laparoscópica como la abierta, comienza en el lecho hepático de la vesícula (como en este caso, observado en la 1^a reintervención) es decir, en el lugar de íntimo contacto anatómico de la vesícula con el hígado. Luego puede extenderse por varias vías, como todos los sangrados y los hematomas, en este caso bajo la cápsula de Glisson dando lugar a un hematoma subcapsular del lóbulo hepático derecho (segmentos IV a VIII) cuyo destino habitual es la ruptura. No ha tenido lugar la hemorragia en un lugar ajeno a la zona intervenida, sino en la misma, pues hígado y vesícula forman una unidad anatómica. Tampoco se ha debido a una lesión por uso de los trócares de la laparoscopia (que en todo caso es una lesión que viene descrita como riesgo particular del empleo de la cirugía laparoscópica en el consentimiento informado).

En todo caso, ha sido un episodio de sangrado grave postoperatorio, no inusual, solucionado por la diligencia, presteza y coordinación de los dispositivos y equipos quirúrgicos del Servicio Murciano de Salud.

Consta en la Historia Clínica de la paciente reclamante que, con posterioridad, ha sido atendida el día 8-09-2011 en el Servicio de Urgencias de HGU "Morales Meseguer", por cervicalgia postraumática tras un accidente de

tráfico y en su expediente figura: Situación basal: Activa/Independiente".

CUARTO.- Con fecha 26 de abril de 2012 se solicita informe a la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica), sin que conste su emisión hasta la fecha.

QUINTO.- Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aporta informe médico pericial expedido por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, y en Cirugía Torácica, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1.- Ante la complicación de hemorragia postoperatoria surgida no ha habido mala práctica, puesto que las reintervenciones se realizaron correctamente.

2.- La toma de decisión de la reintervención mediante cirugía abierta y "empaquetamiento" fue decisiva para el resultado final.

3.- La evolución fue satisfactoria, proporcionándose a la paciente todos los medios a su alcance, incluido el traslado a otro Centro para prevenir una complicación aún más grave.

4.- Aunque no fue deseable la grave complicación que tuvo la paciente, es un riesgo previsible que puede ocurrir en una intervención de este tipo pese a una técnica cuidadosa".

SEXTO.- Conferido, con fecha 15 de enero de 2013, trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan hecho uso del mismo.

SÉPTIMO.- Con fecha 26 de marzo de 2013, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, al no apreciarse mala praxis en la asistencia prestada a la paciente, lo que excluye la antijuridicidad del daño.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 15 de abril de 2013.

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. Tratándose de daños físicos o psíquicos, la legitimación activa para reclamar su resarcimiento corresponde, primariamente, a quien sufre en su persona el menoscabo de su integridad o salud, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesado para pretender su reparación, ex artículos 31 y 139 y siguientes LPAC.

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, prestado con sus propios recursos humanos y materiales.

II. En relación al plazo de un año, previsto en el artículo 142.5 LPAC para interponer la acción de reclamación, no existe repero alguno, vistas las fechas de la producción del daño (la primera intervención del proceso tiene lugar el 9 de febrero de 2011 no siendo dada de alta hasta el 1 de marzo siguiente), y de presentación del escrito de reclamación (el 8 de febrero de 2012).

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, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ha excedido en mucho el de seis meses fijado por el artículo 13 RRP.

En relación con la decisión de continuar el procedimiento sin que se haya evacuado el informe la Inspección Médica en el plazo de tres meses, conforme al Protocolo de Agilización de los procedimientos de responsabilidad patrimonial aprobado por el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud en fecha 27 de mayo de 2011, este Órgano Consultivo muestra su conformidad con tal decisión en el presente caso, puesto que concurre el supuesto considerado en nuestro Dictamen núm. 193/2012: *"sólo cabrá continuar los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto en el artículo 42.5,c) LPAC sin que se haya evacuado el informe preceptivo y determinante, cuando en el expediente existan suficientes elementos de juicio para adoptar la decisión que resuelva el procedimiento, pues de lo contrario la Administración no podría resolver expresamente sobre el fondo hasta tanto no fueran emitidos aquellos informes y cumplidos los demás trámites preceptivos"*. Efectivamente, la decisión contenida en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio, dado que el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital "Morales Meseguer" refiere la praxis seguida con el paciente, que el informe pericial de la aseguradora confirma la adecuación a la *lex artis* rebatiendo las concretas imputaciones de la reclamante y que ésta no ha presentado prueba pericial que sostenga sus imputaciones, ni ha rebatido los informes obrantes.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

La responsabilidad patrimonial 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 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, 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 Administración.
- 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, 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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1^a, de 25 de abril de 1994): 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 de aquél se desarrolle 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 pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

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

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Para la reclamante, el daño que dice haber sufrido es imputable a una mala praxis seguida durante la segunda intervención laparoscópica a la que se sometió y que identifica con la producción de una lesión en el hígado como consecuencia del impacto sobre dicha víscera de uno de los trócares utilizados en la cirugía laparoscópica para acceder al área quirúrgica, lo que habría provocado una laceración del hígado. Considera, además, que ello lo acredita el hecho de que el punto del sangrado que derivó en el hemoperitoneo y la complicación hemorrágica padecida no se corresponde con el lecho quirúrgico de la colecistectomía realizada en la primera intervención, sino que se produce en un área diferente.

Del mismo modo, señala que las lesiones causadas no constituyen riesgos típicos de la intervención de colecistectomía, sino que *"trascienden con mucho de los riesgos lógicos de un consentimiento informado"*.

I. La imputación de una eventual mala praxis aparece íntimamente relacionada con el criterio jurisprudencial de la "lex artis". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predecible de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, 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"*. Esta doctrina jurisprudencial sigue plenamente vigente, como recoge la STS, Sala 3^a, de 2 de noviembre de 2011.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la normopraxis venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (por todas, STS, Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999).

Describa a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervenientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación y la corrección de la técnica quirúrgica realizada, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la Medicina. 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)-, resultan trascendentales los informes médicos obrantes en el expediente -el especial valor probatorio de estas pericias en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-.

Examinado el expediente no consta pericia alguna aportada por la reclamante en apoyo de sus imputaciones de mala praxis. De los traídos al procedimiento por la Administración, los evacuados por los facultativos actuantes sostienen la plena adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada, como también afirma categóricamente el ajuste a normopraxis de la misma el perito de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

De tales informes se desprende que la colecistectomía laparoscópica estaba indicada y se desarrolló conforme a una técnica adecuada. A pesar de ello, pocas horas después de la intervención la paciente presenta dolor, hipotensión y caída del hematocrito, indicativos de hemorragia postoperatoria, pautándose tratamiento conservador con transfusión y control analítico. Ante el empeoramiento de la situación se realiza laparoscopia exploratoria que no consigue encontrar un sangrado activo, *"como suele ocurrir, realizándose lavado, extracción de coágulo, hemostáticos locales y drenaje; esta técnica se hizo correctamente"*. La paciente fue controlada estrechamente, como demuestra que fue sometida a nueva intervención, esta vez mediante cirugía abierta, realizándose un *"empaquetamiento"* del lecho quirúrgico con compresas, técnica que expresamente se califica de adecuada, consiguiéndose la hemostasia y debiendo ser intervenida con posterioridad para la retirada de dichas compresas, una vez estabilizada la paciente. Concluye el perito de la aseguradora que *"ante la complicación de la hemorragia postoperatoria surgida no ha habido mala práctica, puesto que las reintervenciones se realizaron correctamente (...) la evolución fue satisfactoria, proporcionándose a la paciente todos los medios a su alcance..."*.

Frente a la positiva valoración que de la asistencia prestada a la paciente se deriva de los informes médicos obrantes en el expediente, la actora, a quien corresponde su carga ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no ha aportado al procedimiento prueba adecuada y suficiente para desvirtuarla, sin que frente a la argumentación técnico-médica puedan prevalecer las meras afirmaciones o impresiones de parte.

II. En relación con la información trasladada a la paciente con carácter previo a su intervención quirúrgica, tanto en el documento de consentimiento informado para cirugía de vesícula biliar (primera intervención) como en el de cirugía urgente de abdomen agudo (2^a intervención) obrantes a los folios 56 y siguientes del expediente, consta la advertencia del riesgo de padecer *"hemorragia durante o tras la intervención"*, así como también, aunque éste sólo en relación con la colelitiasis inicial, el de lesión de vísceras y órganos al introducir el instrumental en la cirugía laparoscópica.

El riesgo de complicación hemorrágica postoperatoria es expresamente calificado por el perito de la aseguradora del SMS como *"siempre grave"*.

En cualquier caso, a pesar de las manifestaciones de la reclamante que parecen apuntar a que su percepción del riesgo informado no era de especial gravedad, ello no puede alterar el hecho de que sí se le advirtió expresamente de la posibilidad de sangrado intra o postoperatorio, y que, de desear mayores precisiones al respecto, pudo preguntar al facultativo encargado de trasladarle la información, como por otra parte explícitamente anima a hacer el documento firmado.

Aceptado el riesgo por la paciente y ante la ausencia de prueba por su parte de concurrencia de mala praxis alguna en las actuaciones facultativas que se le practicaron, el daño no puede ser calificado de antijurídico.

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 elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.

