



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 152/2002

(Sección 2ª)

La Laguna, a 23 de octubre de 2002.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por S.D.S. y B.S.S., por daños personales como consecuencia del funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria (EXP. 128/2002 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad y Consumo, es una propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de los reclamantes, padres del menor, al pretender el resarcimiento de un daño de carácter personal causado a éste cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por un Centro dependiente del Servicio Canario de Salud.

---

\* PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.

Se cumple igualmente el requisito de legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, al ser la titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, presentada el día 1 de agosto de 1998 en la Oficina Central de Información y Registro de la Consejería de Presidencia y Relaciones Institucionales en relación con el daño causado por la asistencia sanitaria el 1 de agosto de 1999 y en el que en el momento de presentación de la reclamación aún no se ha determinado en su totalidad el alcance de las secuelas padecidas por el menor.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

En la tramitación del expediente se han cumplido los trámites procedimentales preceptivos, con excepción del plazo para resolver, que se ha excedido largamente. No obstante, ello no impide que la Administración resuelva expresamente, a tenor de los arts. 42 y 43 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LRJAP-PAC).

3. El procedimiento se inicia el 4 de agosto de 1998, fecha en que tuvo entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de Salud el escrito presentado por S.D.S. y B.S.S., en el que reclama el resarcimiento de los daños producidos por la deficiente asistencia sanitaria que considera fue prestada a esta última durante el parto de su hijo V.D.S., a consecuencia de la cual el menor sufre secuelas irreversibles. Los reclamantes solicitan una indemnización de 185.000.000 pesetas.

4. Los hechos en los que la reclamante basa su pretensión y que constan acreditados en la historia clínica son los siguientes:

B.S.S., hallándose en estado de gestación, acude por primera vez al Centro de Salud que le corresponde el 6 de febrero de 1997, conforme consta en la cartilla de maternidad que se abrió al efecto y que los reclamantes aportan con su reclamación. En este momento se determina que está embarazada de 15 semanas y se le practican todas las pruebas y análisis pertinentes, de los que se deduce que la madre y el feto estaban en perfecto estado. Se anota además que la embarazada tiene una estatura de 1'54 m y pesa 88'500 kg., llegando al final del embarazo a 96'600 kg.

Tras esta primera visita a la consulta de ginecología se producen las siguientes visitas periódicas de observación y vigilancia del embarazo en las que se aprecia que evoluciona favorablemente y sin complicaciones, lo que se confirma además mediante dos ecografías que se realizaron en el Hospital Materno Infantil el 7 de abril y el 18 de junio.

En la sexta visita médica el 7 de julio de 1997 se aprecia que el feto impresiona clínicamente macrosómico. En visita posterior realizada el siguiente día 22 se prescribe que se realice una ecografía para confirmar la macrosomía del feto, para lo cual se le da cita para el 7 de agosto, lo cual no pudo realizarse porque el parto se produjo antes de tal fecha.

El 31 de julio la reclamante ingresa a las 9:57 horas en el Hospital Materno Infantil por rotura prematura de bolsa. En la hoja de ingreso se hace constar, siguiendo el protocolo de bolsas rotas, que se procederá a la inducción al parto al día siguiente a las 9:30 horas si éste no se produce antes espontáneamente (folio 139). Tras la observación realizada se aprecia líquido claro, frecuencia cardiaca fetal normal (folio 144) y dinámica escasa (folio 139).

Se realizan controles posteriores a las 14'25 por aumento de la dinámica y a las 18'25 horas. En este momento, tras la exploración, se hace constar en la historia clínica que la posición fetal es cefálica y atendiendo a las demás variables se ordena su paso a paritorio, con la indicación de que impresiona macrosómico (folios 139 y 140).

A las 19 horas ingresa en la sala de dilatación por inicio del parto de forma espontánea (folio 141). El periodo de dilatación, según lo indicado en la Historia

(folio 144) es de 6 horas, durante las cuales estuvo monitorizada y no se detectó sufrimiento fetal alguno. A partir de esa hora (la una de la madrugada) la parturienta permanece una hora completa en dilatación plena, fase que continúa con la de pujos durante 55 minutos más; ambas integran el denominado período expulsivo, que se alarga pues durante 115 minutos. A partir de aquí, ya en fase de alumbramiento, los Informes de los servicios sanitarios son contradictorios, pues mientras en un lugar se afirma que duró sólo diez minutos (es decir, hasta las 3'05), en otro se afirma que el nacimiento (final de la fase de alumbramiento) se produjo a las 4'05. Esta segunda es la versión de los reclamantes, especialmente en este caso la del padre, presente en el paritorio hasta las 3'35 en que se le ordene que lo abandone ante la crisis surgida. Ante aquella contradicción manifiesta de los informes de los Servicios sanitarios, este Dictamen acoge la segunda versión, en la que coinciden éstos con las manifestaciones de los reclamantes. Así, el período expulsivo que concluye con el nacimiento dura desde la una de la mañana hasta las 4'05, a lo largo de 185 minutos; en su última fase, desde que finalizan los pujos sin resultado hasta el alumbramiento, transcurrirá una hora. En esa hora el Dr. N. (ginecólogo de guardia al que corresponde asistir el parto) decide aplicar fórceps para facilitar el nacimiento, sale la cabeza del feto y hasta entonces su estado era normal, surge la distocia de hombros, el Dr. N. manipula sin éxito no pudiendo extraerlo, se avisa al servicio de anestesia, y finalmente se solicita la presencia en el paritorio del Dr. D., quien - sustituyendo al Dr. N. - en poco tiempo logra extraer el resto del cuerpo. Tras todo ello nace un feto de 4.385 gramos a las 4:05 horas del día 1 de agosto de 1997. Realizado el Test de Apgar, arroja unos resultados de 0/3, siendo trasladado a la UCIN por depresión neonatal. El menor sufre las graves secuelas que se describen en la Historia clínica y en los informes posteriores.

5. Los reclamantes consideran que los daños sufridos por su hijo son consecuencia de:

- La no realización de cesárea ante las circunstancias de tratarse de un feto macrosómico y de la obesidad de la madre.

Los reclamantes consideran en su solicitud que ambas circunstancias constituyen factores de riesgo en el desarrollo de la distocia de hombros, tal como establecen los tratados médicos que citan, y que en consecuencia se debió practicar una cesárea, posibilidad que no fue tenida en cuenta por el facultativo que atendió el parto a los efectos de haber obtenido un resultado del alumbramiento sin secuelas para el neonato.

- El período expulsivo se dilató más tiempo del recomendable.

Con fundamento en los tiempos fijados en la Historia clínica, los reclamantes consideran que la prolongación del periodo expulsivo generó riesgos para el neonato. La dilatación completa se produjo a la 1 de la mañana y tras los 120 minutos del periodo expulsivo, que es lo que se considera normal, más los 10 minutos fijados para el periodo de alumbramiento, el niño debió nacer alrededor de las tres de la mañana y en cambio, tal como consta en la Historia, el nacimiento se produjo a las 4'05 horas. Por consiguiente, el periodo expulsivo se prolongó durante 155 minutos (en realidad, 185 hasta el nacimiento), frente a los 120 que se consideran normales.

- Las maniobras de extracción, una vez producida la distocia, tardaron demasiado y se realizaron de modo brusco y agresivo, lo que motivó la producción de las lesiones que padece el menor.

6. De acuerdo con el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, la práctica de la cesárea electiva, antes del trabajo del parto, no está indicada en los casos de fetos macrosómicos si no está presente alguna otra patología [cicatriz uterina previa, cesárea previa (...)] que no concurrían en la embarazada; tampoco se demostró en periodos previos al parto ni durante el mismo la existencia de disarmonía entre los diámetros pélvicos maternos y los diámetros fetales, ya que la exploración pélvica de la madre fue normal y el peso estimado del feto se encontraba dentro de los límites altos de la normalidad.

Como consideraciones de carácter general en relación con la distocia de hombros y de acuerdo con la doctrina científica, se resaltan las siguientes conclusiones:

- Las estimaciones ecográficas del peso fetal y el peso real al nacer pueden ser significativamente diferentes.
- La predicción prenatal de macrosomía fetal se asocia con un marcado aumento de los partos por cesárea sin una reducción significativa de la incidencia de distocia de hombros o lesión fetal.
- La distocia de hombros aumenta con el mayor peso al nacer; sin embargo, casi la mitad de los neonatos con distocia de hombros pesaron menos de 4.000 gramos.

- Si bien hay factores de riesgo estadísticamente asociados de manera evidente con la distocia de hombros, se ha demostrado que la identificación real de casos individuales antes del hecho es imposible.

Las declaraciones del ginecólogo que atendió el parto resultan coincidentes con estas conclusiones al entender que la cesárea se debe reservar para aquellos casos en los que coexisten otras indicaciones maternas o fetales que la hagan aconsejable [sufrimiento fetal, presentación de nalgas (...)], que no se dieron en este caso; que la cesárea no está exenta de riesgos, tanto para la madre como para el feto y que incluso en los casos de cesárea los fetos macrosómicos puede ser necesario extraerlos con fórceps, exponiéndoles a similares situaciones y riesgos que en un parto vaginal. Indica también que la distocia es imprevisible.

El Jefe el Servicio de Obstetricia y Ginecología concluye en su informe que "no existe ninguna relación de causalidad entre las lesiones del recién nacido y el funcionamiento el Servicio", (...) pues "las lesiones sufridas por el recién nacido en relación con la distocia de hombros, son fruto de dicha distocia, no siendo predecible la distocia de hombros en el estado actual de la ciencia".

7. La prueba pericial es fundamentalmente descriptiva del estado de graves lesiones y consiguiente minusvalía psíquica y física del menor; tanto la Dra. M.H. como el Dr. A.A. atribuyen las lesiones y anomalías neurológicas a las patologías derivadas del traumatismo obstétrico perinatal. Pero los reclamantes no consideraron oportuno en su momento solicitar además una pericia científica también en materia ginecológica, lo que hubiera completado los juicios de los informes del Servicio acerca de las fases previas al alumbramiento, y sin duda habría enriquecido la información que el órgano administrativo llamado a resolver precisa para una decisión ajustada a Derecho.

De la prueba testifical de la comadrona M.J.G.B. queda probado que ella advirtió al Dr. N. que había transcurrido mucho tiempo en la fase expulsiva, y coincide con el Dr. D. en que fue éste quien sustituyendo al Dr. N. "sacó al niño" (...) "tras un tiempo de manipulación que en su caso (la intervención final del Dr. D.) fue breve".

Del resto de pruebas documentales que obran en el expediente resulta probada la relación de hechos relativos a este caso, y en la forma que en un número anterior de este Dictamen se describen.

8. La propuesta de resolución, apoyándose en los Informes de los Servicios médicos, concluye igualmente que no hay nexo causal entre los actos médicos y las lesiones del recién nacido, pues éstas proceden no de éstos, sino de la distocia misma. Además, destaca el hecho de que la prueba propuesta por los reclamantes describe el lamentable estado del niño; pero en nada confirma las alegaciones de éstos imputando la producción de las lesiones a una negligente y mala práctica médica. La reclamación, por ello, debe ser desestimada por falta de prueba respecto del nexo causal. La resolución que se nos somete a consulta afirma, pues, que el daño no fue causado por una mala asistencia sanitaria (lo que excluye la responsabilidad por funcionamiento anormal del servicio público de sanidad), que fue *el propio devenir de los acontecimientos*, impredecibles e imprevisibles, los que determinaron que el parto se produjera de una forma determinada, lo que ocasionó el daño. Tan clara es esta conclusión para la Propuesta de Resolución, que llega a afirmar que "ha quedado demostrado que no existe relación de causalidad directa e inmediata entre la actuación sanitaria y *el fallecimiento*". Se aconseja a la Administración llamada a resolver en este expediente que no lleve sus categóricas afirmaciones hasta extremos tan determinantes para la vida de la víctima -afortunadamente viva- de tan graves lesiones.

La Propuesta de Resolución considera la distocia una enfermedad, mas que lo que es, un accidente obstétrico, lo que le permite traer a su argumentación la conocida doctrina de que el servicio público sanitario proporciona medios para prevenir y curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades. En este caso el Servicio Canario de Salud prestó con diligencia y competencia profesional asistencia ginecológica a B.S.S., pero apareció espontáneamente la distocia, imprevisible, que fue la que ocasionó los daños a su hijo. No hay nexo causal entre la actuación médica y los daños, y por ello la Administración sanitaria no es responsable de los mismos.

## II

1. Se afirma por el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología que la distocia resulta imprevisible, y que del examen hospitalario de la parturienta no se derivaba indicio de su aparición. "No se demostró en períodos previos al parto ni durante el mismo, la existencia de *dísarmonía* (desproporción, querrá decirse) de los diámetros

pélvicos maternos y los diámetros fetales, ya que la exploración pélvica de la madre fue normal, y el peso estimado del feto se encontraba dentro de los límites altos de normalidad". De la lectura detenida de los informes obrantes en el expediente se deduce que esta desproporción, especialmente en fetos macrosómicos, es la causa más frecuente de la distocia; por ello, resulta lógico afirmar que la determinación a tiempo de esta circunstancia tiene sin duda un muy alto valor para la preparación médica del parto. Del seguimiento del embarazo por los ginecólogos de atención primaria ya se había diagnosticado la macrosomía, aparte de la obesidad de la madre; por ello, el propio Servicio Canario de Salud (SCS) había prescrito el 22 de julio una prueba ecográfica a la madre, para conocer con mayor precisión -entre otros datos- las dimensiones del feto y de sus miembros. Sin embargo, tal prueba no llegó a realizarse, pues el parto se presentó antes de la fecha establecida por la programación sanitaria para su realización. El SCS, pudo haber dispuesto la ejecución de tal prueba en las ocho horas en que la parturienta permaneció en el Hospital antes de que se iniciara la primera fase de dilatación, pero no lo hizo; y ello parecía indispensable, sobre todo a la vista de los antecedentes de obesidad y macrosomía, y derivado del hecho de que había sido prescrito como necesario por el ginecólogo del SCS que había seguido el embarazo. Simplemente fue sustituida esta prueba por una exploración pélvica, que lo más que aportó fue presunciones acerca de la cuestión de las dimensiones del feto. La prueba ecográfica prescrita por el propio SCS y no realizada hubiera conducido, por el contrario, a un conocimiento más preciso de la situación de la gestante y del feto para ayudar al acto final del alumbramiento. Precisamente para eso se prescribió por el ginecólogo de atención primaria, ya que en este caso concreto se daban circunstancias extraordinarias (obesidad de la madre y macrosomía del feto) que lo aconsejaban. Esta prueba habría servido, más que la simple exploración pélvica, para comprobar la desproporción entre el diámetro pélvico y las dimensiones del feto, lo que habría servido para fundar científicamente la opción entre la cesárea y la vía que se siguió y que terminó en la distocia. Puesto que aquella prueba no se realizó, no se puede ahora con seguridad afirmar que una opción hubiera resultado más recomendable que la otra en este caso; pero sí puede afirmarse que de haberse realizado la elección de la vía para el parto habría contado con una información más precisa, y el riesgo habría descendido razonablemente. No cabe, pues, alegar la imprevisibilidad de la distocia cuando se omitieron los medios que hubieran podido evitarla o, al menos, reaccionar con más eficacia y prontitud ante su aparición; no debe esgrimirse el argumento de la imprevisibilidad del resultado cuando se ha omitido la realización de las pruebas que razonablemente



podieran haber contribuido a una previsión más o menos certera. Con tal omisión la Administración sanitaria ha creado un riesgo que el paciente no está obligado a soportar; la práctica de la ecografía, que estaba prevista por el propio SCS pero que en el Hospital no se realizó, no es seguro que fuera suficiente para eliminar los riesgos sanitarios estadísticamente esperables, pero hubiera introducido un grado notablemente superior de certidumbre, al aportar a los facultativos importantes elementos complementarios de juicio para optar por una u otra modalidad de parto, y -por eso mismo- habría contribuido a bajar el nivel de riesgo en el resultado final.

De los informes facultativos que obran en el expediente se deduce que no siempre la cesárea es la vía mejor para el parto en que concurre obesidad de la madre y macrosomía del feto; pero que sí es el más conveniente en un porcentaje más alto de los casos. Ello parece recomendar que, ponderando el médico las circunstancias y aplicando las pruebas analíticas coadyuvantes, debe ser la que se aplique a estos pacientes; lo que no cabe, y resulta censurable, es que se elija la vía estadísticamente menos recomendable y sin haber realizado las pruebas previstas conducentes a apoyar la decisión más conveniente.

El paciente tiene derecho a una sanidad que utilice todos los medios de que dispone para eliminar o al menos aminorar los riesgos inherentes a los actos sanitarios. La omisión de la prueba ecográfica, en este caso, incrementa negligentemente tales riesgos, e impide alcanzar un nivel de certidumbre que hubiera servido para optar por el mejor tratamiento. La aplicación de esta prueba, que es la expresión del "estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica" (art. 141.1 LRJAP-PAC), hubiese contribuido a "prevenir o evitar" (idem. Art.) los daños producidos por la distocia misma y por la acción médica para superarla. La Administración sanitaria tiene el deber de descartar, con la aplicación de las técnicas y aparatos de que dispone, toda duda acerca del tratamiento más recomendable de los varios posibles. El incumplimiento de este deber, que en este caso se ha dado, supone un funcionamiento anormal del servicio sanitario, que obliga a responder de los daños causados en su prestación.

2. Las lesiones sufridas por el recién nacido en los momentos inmediatamente anteriores al alumbramiento están suficientemente probadas, y nadie las niega. Lo que se discute es quién o qué las ha provocado.

Como ya se ha recordado, el Informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología considera que no existe relación causal entre la prestación sanitaria y el daño, pues éste proviene de la distocia, accidente imprevisto frente al que se reaccionó con todos los medios sin poder evitar sus consecuencias dañinas. Los reclamantes, en cambio, entienden que tal nexo causal sí se dio, pues fue la negligente o torpe intervención del ginecólogo lo que alargó peligrosamente el proceso con consecuencias dañinas para el feto, y quien con su manipulación violenta produjo directamente las lesiones al niño.

Está probado que mientras cursa el proceso natural del parto, sin intervención inductora del médico, y hasta la salida de la cabeza del feto, éste no había sufrido daño alguno, y sus constantes eran normales. También consta en el expediente que inmediatamente de producido el alumbramiento ya se habían producido en el cuerpo del recién nacido las lesiones que siguen afectándole, tal vez para siempre. El parto natural no progresaba, e interviene el médico para facilitararlo; es en esa intervención cuando se produce el daño. Las lesiones se producen, pues, mientras el médico interviene para tratar de extraer al niño; es decir, con ocasión del acto médico mismo. Cabría en buena lógica pensar que otra causa -natural- concurriera también a la producción del efecto dañoso, pero de lo que no cabe duda es de que la intervención médica en esta fase es determinante, pues aplica los fórceps, y manipula en un sentido y en otro sobre el cuerpo del feto para vencer la resistencia de la distocia y lograr extraerlo. Hay por ello indicios más que razonables para aseverar que la intervención del médico es necesaria para la producción del daño: no se produjeron mientras el médico no intervenía, y se produjeron mientras intervenía con necesaria violencia sobre el cuerpo de madre e hijo. Hay nexo causal entre la intervención médica y el daño sufrido por el neonato.

Pero aparte de lo que acaba de concluirse, la intervención del médico prolongó en el tiempo la operación mucho más de lo recomendable médicamente. Ello contrasta con la diligencia y rapidez observada en la intervención del Dr. D., que sacó al niño casi enseguida. De los testimonios científicos que obran en el expediente cabe deducir que algunos de los daños finalmente producidos pudieron haber sido agravados por esta excesiva duración (185 minutos sobre lo recomendable) del período expulsivo.

Por otro lado, el acto médico a cargo del Dr. N. resultó fallido, pues no consiguió extraer al niño. Hubo de ser sustituido por otro médico, el Dr. D., que en poco

tiempo lo logró. El servicio funcionó mal. Si la intervención del Dr. D. se hubiera producido antes, o si hubiera estado desde el principio allí, cabe pensar que el resultado dañoso se hubiera evitado.

El servicio falló inicialmente, funcionó con una lentitud tal que incrementó los riesgos y presumiblemente agravó los daños; pero es que, además, no dispuso de las medidas preventivas de que disponía, y que inicialmente había previsto aplicar, para con la práctica de una ecografía haber introducido certeza en la elección entre cesárea o parto vaginal. El proceder torpe y negligente que se ha descrito permite afirmar que nos encontramos ante un funcionamiento anormal del servicio sanitario.

Los daños que sufrió el cuerpo del feto/recién nacido se originaron como consecuencia de la intervención del ginecólogo del SCS, por lo que existe nexo causal entre ésta y aquéllos: Además, estos daños los ha producido un servicio de la Administración sanitaria que ha funcionado anormalmente, por lo que le resultan imputables, debiendo responder por ello ante los damnificados reclamantes.

3. En el escrito de reclamación se solicita al SCS una indemnización de 185 millones de pesetas. No se explica el cálculo que llevó a la fijación de esta cantidad, ni se indican los criterios utilizados, ni se fundamenta la cuantificación en base a reglas o pautas generalmente aceptadas o aplicadas. Este Consejo no puede, en consecuencia, pronunciarse acerca de la corrección jurídica de tal cifra, recomendando a la Administración que establezca una con aplicación de los criterios más comúnmente aplicados en estos casos. La Jurisprudencia viene admitiendo que por analogía, y con las modificaciones que cada caso requiera, sirva de guía indicadora de las cuantías el cuadro anualmente establecido de desarrollo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, 30/1995, de 8 de noviembre (Sent. T.S. de 28 junio 1999), que "será tomado con valor orientativo" (Sent. T.S. de 21 abril 1998), y ponderado en atención a la singularidad del caso.

Este Consejo Consultivo, en el cumplimiento de su función de ayudar a las Administraciones públicas canarias a la adopción de resoluciones ajustadas a Derecho, ha estudiado este caso, especialmente singular y complejo, y llega en el presente Dictamen a la siguiente

## CONCLUSIÓN

De acuerdo con lo expuesto en los Fundamentos precedentes, no es conforme a Derecho la PR, pues del expediente resulta acreditada la existencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario y el daño sufrido, procediendo por tanto indemnizar a los reclamantes según se expresa en este Dictamen.