



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 7 / 1 9 9 7

La Laguna, a 18 de abril de 1997.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias sobre *Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por B.A.R., por presuntas lesiones derivadas de los servicios de asistencia sanitaria prestados por el Servicio Canario de Salud (EXP. 20/1997 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, 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. 11.1 y 10.6 de la Ley del Consejo Consultivo en relación este último precepto con el art. 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 21 de abril, del Consejo de Estado y 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.

II

Se cumple el requisito de legitimación activa porque la reclamante pretende el resarcimiento de una lesión de carácter personal.

* **PONENTE:** Sr. Fernández del Torco Alonso.

La propuesta de resolución, en su primer Fundamento de Derecho, parte de que el hecho al que se le imputa la causación del daño es una operación realizada el uno de agosto de 1978 dentro del ámbito de la prestación sanitaria que dispensaba el INSALUD, dieciséis años antes del Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo (BOE de 9 de abril) por el que se le transfirieron las funciones y servicios de ese Instituto a la Comunidad Autónoma de Canarias. De ello deriva que es el INSALUD la Administración que está legitimada pasivamente frente a la pretensión indemnizatoria y que, por ende, en su caso sería ésta la responsable.

Al respecto hemos declarado en anteriores Dictámenes (81/1996, de 23 de octubre; 83/1996, de 6 de noviembre; 113/1996, de 23 de diciembre; 6/1997 y 8/1997, ambos de 30 de enero) que no es obstáculo a la legitimación pasiva del Servicio Canario de Salud la circunstancia de que el hecho lesivo por el que se reclama sea anterior a su creación e incluso anterior a la transferencia de las funciones y servicios en materia de sanidad a la Comunidad Autónoma; puesto que con la asunción de competencias por las Comunidades Autónomas se produce una sucesión entre entes públicos por obra de la cual el ente sucesor, la Comunidad Autónoma, se subroga en la misma posición que el Estado central, ente sucedido (SSTC 58/1982, de 27 de julio y 85/1984, de 26 de julio).

En la misma línea las Sentencias del Tribunal Supremo de 11 de octubre de 1990, Ar. 7895, y de 9 de diciembre de 1993, Ar. 9943, consideran que con las transferencias de funciones y servicios del Estado central a las Comunidades Autónomas se produce una sucesión entre entes públicos que está presidida por el principio de subrogación de la nueva Administración gestora en los derechos y obligaciones de los servicios transferidos de la Administración sucedida. Por ello la sucesora está legitimada pasivamente frente a los perjudicados por el funcionamiento de dichos servicios con anterioridad a su transferencia, sin perjuicio de que el importe de las eventuales indemnizaciones que satisficiera pueda repetirlo frente a la sucedida.

En definitiva, la persona pública que está legitimada pasivamente es el Servicio Canario de Salud (S.C.S.), porque, según los arts. 45 y 50 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC) en relación con el art. 2.2 LPAC y los arts. 4 y 7 de la Ley 7/1984, de 11 de diciembre, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias (LHPCan), se trata de un organismo autónomo de

carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, al que corresponde, entre otras funciones, la prestación de los servicios de asistencia y la gestión y administración de los centros sanitarios (arts. 45, 50.3 y 51.1.g), h), i) LOSC), lo que lo convierte en un centro de imputación separado de su Administración matriz (la autonómica) al que se deben referir las relaciones jurídicas que genera en su tráfico administrativo y la responsabilidad derivada de los actos y hechos que constituyen dicho tráfico.

A esta legitimación pasiva del SCS no empece -como se verá más adelante- que el órgano competente para resolver este procedimiento sea, por mor del art. 142.2 LPAC en relación con el art. 50.2 LOSC, el titular del Departamento al que está adscrito: No siendo más que una personificación instrumental para el ejercicio de funciones de competencia de la Administración se halla, por consiguiente, sometido al control y tutela de ésta; de ahí que el ordenamiento jurídico puede disponer que determinadas decisiones sobre su tráfico jurídico sean adoptadas por órganos de su Administración matriz.

El órgano competente para dictar la resolución propuesta es el Consejero de Sanidad según el art. 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) en relación con la disposición final Iª de la Ley 1/1983, de 14 de abril, del Gobierno y de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias (LGA) y con el art. 50.2 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); de donde se deriva que el órgano competente para incoar, instruir y formular la propuesta de resolución en este tipo de procedimientos sea el Secretario General del Servicio Canario de Salud (SCS) en virtud del art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autónoma (DODA) en relación con los arts. 10.3 y 15,a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, que aprobó el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS (ROSCS). Las competencias respectivas del Consejero y del Secretario General del SCS que se acaban de señalar han sido fundamentadas por extenso en los Dictámenes 78, 79 y 81/1996 de este Consejo, a los que se remite para evitar repeticiones innecesarias.

La causación del hecho lesivo por el que se reclama se imputa, como ya se indicó, a una intervención quirúrgica realizada el 1 de agosto de 1978 para practicarle una colecistectomía a causa de una litiasis biliar. Ese hecho lesivo consistía en la presencia en el tercio distal de la vía biliar del páncreas de un trozo de drenaje quirúrgico tipo Kher. Este cuerpo extraño se detectó el día cuatro de enero de 1996 mediante una endoscopia del tipo Colangiopancreatografía Retrógada Endoscópica (CPRE), en cuya práctica se procedió a su extracción, siendo dada de alta al día siguiente (Informe de la Endoscopia, folio 67; Informe de Alta, folios 9 y 10; Informe del Servicio de Medicina Digestiva, folios 26 y 27; Informe de la Médico Inspector del Servicio de Prestaciones, Inspección y Farmacia, folios 130 a 132).

La fecha de la curación de ese daño físico es, pues, la fecha del alta médica, el cinco de enero de 1996, a la cual hay que considerar, según el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), como término inicial del plazo anual de prescripción. Puesto que la reclamación se presentó el 6 de febrero de 1996, no se puede calificar de extemporánea.

Por último, no concurren defectos procedimentales que obsten a la emisión de un Dictamen de fondo.

III

Los hechos que fundamentan la pretensión resarcitoria, según resulta de la documentación clínica e informes médicos obrantes en el expediente, son los siguientes:

1. A la reclamante, a causa de una litiasis biliar, se le realizó una intervención quirúrgica el 1 de agosto de 1978 para practicarle una colecistectomía (Informe de la Endoscopia, folio 67; Informe de Alta, folios 9 y 10; Informe del Servicio de Medicina Digestiva, folios 26 y 27; Informe de la Médico Inspector del Servicio de Prestaciones, Inspección y Farmacia, folios 130 a 132).

2. En esa intervención quirúrgica se aplicó un drenaje tipo Redón en el lecho subhepático que fue retirado el 4 de agosto de 1978 (Protocolo quirúrgico y Órdenes de tratamiento obrantes en la pieza de documentación complementaria).

3. Recibió el alta médica el 9 de agosto de 1978 (Informe de Alta, folio 7).

4. El 6 de julio de 1980 reingresó en el Hospital de Nuestra Señora del Pino con un cuadro de molestias abdominales epigástricas con irradiación en barra, acompañadas de náuseas, vómitos y malestar general. Se le diagnostica una pancreatitis aguda y se le da el alta médica el 16 del mismo mes (Informe de Alta, folio 120; Orden de Ingreso, folio 118; Informe citado de la Inspección Médica).

5. El 23 de octubre de 1982 torna a ingresar en el mismo centro sanitario con un cuadro de ictericia, coluria y prurito sin dolor, fiebre o escalofrío refiriendo ingesta de anticonceptivos en los últimos cinco meses. A pesar de los resultados contradictorios de las exploraciones y pruebas, el cuadro se interpreta en un primer momento como 1º) Hepatitis colastásica. 2º) Hemolisis + cálculos de bilirrubina. 3º) Colestasis anovulatoria. El diagnóstico final es de "Colestasis intrahepática (quizás secundaria a anticonceptivos)". Fue dada de alta el 2 de noviembre de 1982 (Informe de Alta, folio 122; Notas del Curso Clínico, folios 123 a 127).

6. Doce años más tarde, el 8 de septiembre de 1994, ingresa en el Hospital Insular de Gran Canaria, con un cuadro de dolor abdominal que es diagnosticado de pancreatitis aguda, presentando a la exploración una única cicatriz quirúrgica de colecistectomía. Se le dio el alta el 14 de septiembre de 1994 (Informe de Alta, folio 33).

7. El 23 de diciembre de 1995 ingresa de nuevo en el Hospital Insular por presentar desde hacía tres meses un dolor abdominal que irradia al epigastrio y la zona dorsal, que aumenta en intensidad, y que no está asociado a fiebre ni relacionado con la alimentación.

Se detecta que el páncreas está edematoso fundamentalmente en su cabeza, así como dilatación de la vía biliar, síntoma que no había aparecido en sus anteriores ingresos, por lo que se decide realizar la Colangiopancreatografía Retrógada Endoscópica (CPRE), que permite localizar en el tercio distal de la vía biliar un trozo de drenaje de Kher que se extrae. Después de esa extracción la paciente se somete a observación durante 48 horas permaneciendo asintomática, por lo que se le da el alta el 5 de enero de 1996, con este diagnóstico: "Pancreatitis aguda por cuerpo extraño en coledococo". El Informe de alta considera que "posiblemente este cuerpo extraño ha estado presente desde su operación de colecistectomía" (Informe de alta, folios 9 y 10; Informe endoscópico, folio 67).

8. De la historia clínica de la paciente resulta que no ha sufrido más intervención quirúrgica que la colecistectomía de 1 de agosto de 1978.

9. Del protocolo quirúrgico de la intervención de 1 de agosto de 1978 (citado), de sus subsiguientes Órdenes de Tratamiento (citadas), del Informe del Cirujano que la realizó, de 9 de abril de 1996 (folio 106) y del Informe de la Inspección Médica (citado) resulta que en esa intervención se utilizó un drenaje tipo Redón que se retiró sin incidencias.

Ambos informes médicos afirman que no se utilizó drenaje tipo Kher, de características radicalmente diferentes del otro, porque no fue necesario actuar sobre la vía biliar principal. En la historia clínica obrante en el expediente no consta que a la paciente se le haya realizado una intervención quirúrgica en el intervalo que media entre el 1 de agosto de 1978, fecha de la operación quirúrgica de la que trae causa la presente reclamación, y el 23 de diciembre de 1995, fecha de la extracción del fragmento de drenaje quirúrgico tipo Kher.

IV

La Propuesta de Resolución considera que no está acreditada la existencia de un daño real y efectivo causado a la paciente por el Servicio Canario de Salud y, en consecuencia, desestima la pretensión resarcitoria.

Es cierto que la atención sanitaria que el SCS ha dispensado a la reclamante no le ha causado daño alguno; por el contrario, la ha curado, ya que la extracción del cuerpo extraño determinó la cesación de los efectos patológicos que le producía.

Pero la cuestión no radica en este extremo, sino en si la intervención realizada el 1 de agosto de 1978, en el marco de la asistencia sanitaria que el INSALUD dispensó a la paciente en virtud de su calidad de beneficiaria de la Seguridad Social, fue la causa de la presencia del trozo de drenaje en la vía biliar de la paciente. Si se contestare afirmativamente a esta cuestión, entonces el SCS deberá responder por los daños irrogados por esa anomalía, puesto que es el sucesor del INSALUD en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Aquí están completamente acreditados los siguientes hechos:

a) La presencia de un fragmento de drenaje quirúrgico en la vía biliar de la paciente.

b) Que la única intervención quirúrgica que ha sufrido la paciente es la colecistectomía de 1 de agosto de 1978.

La vía biliar es una vía interior del cuerpo que no enlaza por conductos expeditos con los órganos y aparatos del cuerpo que tienen comunicación con el exterior. La presencia de un fragmento de material quirúrgico en ella sólo se puede deber a una intervención quirúrgica. Esta es la única explicación médica que se ha dado (Informe de Alta de 5 de enero de 1996, citado). Es también la única posible. Según las reglas del criterio humano hay, por tanto, un enlace preciso y directo entre los hechos a) y b) y el hecho que hay que deducir: Que la actuación médica de agosto de 1978 es la causa de la presencia de ese cuerpo extraño en el interior del cuerpo de la paciente.

Conforme a los arts. 1.251 y 1.253 del Código Civil está probada la relación de causalidad entre esa actuación médica y la lesión que representa esa presencia extraña. Es incuestionable que el olvido de material quirúrgico en el interior del cuerpo de un paciente se califica plenamente como un supuesto de mala práctica médica. Por consiguiente, el SCS, como sucesor del INSALUD, es responsable de los daños que esa defectuosa asistencia sanitaria ha irrogado a la paciente.

Esos daños consisten, en primer lugar, en los tres ataques de pancreatitis aguda que experimentó en 1980, en 1994 y en 1995, y que obligaron a su ingreso hospitalario durante 15, 6 y 14 días respectivamente. No se puede considerar entre ellos el ingreso de 1982 por colestasis intrahepática, porque no está acreditada una relación entre ésta y la existencia del drenaje. La única explicación médica que se le da a esa colestasis es la ingesta de anovulatorios.

Esos episodios de pancreatitis aguda determinaron sufrimientos físicos y morales durante tres períodos que suman 35 días en que la reclamante estuvo incapacitada para desarrollar su vida normal.

V

1. Para la cuantificación de la indemnización por daños físicos se debe atender, en primer lugar, a los gastos médicos desembolsados para su curación. En este

supuesto, la paciente, como beneficiaria de la Seguridad Social, tenía derecho a la asistencia sanitaria gratuita que le ha sido dispensada tanto por el INSALUD, Administración causante del daño, como por su Administración sucesora, el SCS, con ocasión de los ingresos hospitalarios referidos. Estos han corrido por cuenta de uno y otro organismo autónomo. La reclamante, por lo demás, no alega que existan gastos médicos que deban ser resarcidos.

2. El segundo aspecto a considerar es la existencia de secuelas físicas permanentes. La reclamante ha alegado que sigue enferma, incluso después de la extracción del cuerpo extraño; pero no concreta síntomas o dolencias ni aporta prueba alguna sobre este extremo. El Informe de Alta de 5 de enero de 1996 no expresa ninguna secuela y concluye que su estado es asintomático. El Informe de la Inspección Médica, de 4 de septiembre de 1996, señala que la paciente no acudió al control médico que dicho Informe de Alta fijó para un mes y medio después.

No estando acreditada la existencia de secuelas físicas posteriores a la intervención de enero de 1996, no procede indemnizar cantidad alguna por ellas.

3. El tercer aspecto a cuantificar para la determinación de la indemnización es el lucro cesante debido a la imposibilidad de la reclamante de dedicarse a su actividad laboral o empresarial durante los días que abarcaron esos tres ingresos hospitalarios. La interesada no ha alegado como lesión que se le haya ocasionado una merma en sus ingresos y, por ende, tampoco ha aportado prueba alguna al respecto. Es imposible, por tanto, ponderar cantidad alguna por este concepto.

4. Por último, para la determinación de la cuantía indemnizatoria también se debe atender a la existencia de sufrimientos físicos y morales. Un daño personal puede producir unas secuelas físicas que conlleven temporal o permanentemente una discapacidad funcional del individuo para desarrollar un régimen de vida normal. Esa discapacidad funcional va acompañada de sufrimientos físicos y morales. En el Fundamento VI.2 de nuestro Dictamen 18/1993, de 18 de junio, hemos señalado que los arts. 106.2 de la Constitución y 139.1 LPAC obligan a indemnizar todos los daños en cualquiera de los bienes y derechos. Entre estos últimos está el derecho a la integridad física y moral que reconoce el art. 15 de la Constitución. Por ello, el art. 142.5 LPAC se refiere expresamente a los daños físicos y psíquicos. Si nuestro ordenamiento considera los daños físicos y morales como indemnizables y a la vez afirma que el presupuesto de la indemnización es un daño evaluable

económicamente (art. 139.2 LPAC), entonces considera esos daños como susceptibles de compensación económica.

Cuestión distinta son los criterios a utilizar para la determinación del montante de esa compensación. El art. 141.2 LPAC con carácter general remite a los criterios de valoración de la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables al caso, ponderándose en su caso las valoraciones predominantes en el mercado. La legislación fiscal no proporciona criterios para la determinación de las lesiones personales y de los daños morales; tampoco el mercado. Los arts. 1.902 y 1.106 del Código Civil no suministran ninguno. No hay más normas aplicables al caso que las de la Ley de Expropiación Forzosa (LEF), que suministran criterios reglados y más o menos automáticos cuando se trata de bienes inmuebles, participaciones de capital o concesiones administrativas; en los demás casos es de aplicación el art. 43 LEF que remite a los criterios estimativos que se juzguen más adecuados.

A ellos hay que acudir en el caso del daño corporal, que no puede ser comparado con criterios de objetividad absoluta, y del daño moral cuya valoración no depende de métodos matemáticos. El único criterio cierto es que la lesión física en sí es resarcible, aunque no influya sobre la capacidad de producir ingresos e incluso independientemente de ella, ya que ambos perjuicios son objeto de resarcimiento separado. La lesión física constituye una lesión al derecho a la integridad física, primario y absoluto, que proclama el art. 15 de la Constitución. Por ende, la determinación de su compensación no se puede realizar calculando el porcentaje de incidencia de la disminución de la capacidad laboral del perjudicado y a partir de sus ganancias anteriores a la lesión; porque el art. 14 de la Constitución impide que las lesiones del mismo tipo y que no influyan sobre la renta del perjudicado sean compensadas de modo distinto sólo porque la víctima goce de una renta más elevada o modesta. Conforme al art. 14 CE, ante lesiones personales la cuantía de la compensación se debe determinar ponderando la incidencia discapacitadora que tengan sobre el damnificado y la renta media nacional *per cápita*. Si además esas lesiones implican una disminución de los ingresos de la víctima, se deben compensar también atendiendo tanto al *lucrum cessans* como al tiempo y gastos invertidos en su capacitación profesional.

Asimismo, como todo sufrimiento físico conlleva un sufrimiento anímico, este daño moral debe ser compensado conjuntamente con el daño físico que representa el primero.

Que esos daños sean de imposible cuantificación objetiva no les priva de su naturaleza perjudicial. La discapacitación funcional, temporal o permanente, y el sufrimiento físico y el moral constituyen una tensión en la vida de la persona, una ruptura del equilibrio general de su bienestar personal que, aunque haya quedado en el pasado, merece ser reparado; porque, aun en el supuesto de que esa ruptura haya sido temporal, el bienestar o felicidad de la persona ha sido alterado peyorativamente, introduciendo en el conjunto de su trayectoria vital un elemento negativo que exige una compensación que recomponga el equilibrio general de su vida considerada globalmente.

Siendo este tipo de daños de imposible cuantificación objetiva, el *quantum* de su compensación hay que establecerlo ponderando el conjunto de las circunstancias y atendiendo a criterios de equidad. La creación por la indemnización de una situación equivalente a la destruida se realiza por la apreciación equitativa que permita establecer una proporcionalidad entre el daño físico y moral y una cifra dineraria.

Esto es así porque los daños en los bienes patrimoniales tienen la medida objetiva y natural de su valor en el dinero; porque, como son aptos para el cambio, su valor de transacción se fija por factores objetivos como coste de producción y precios de mercado; mientras que, cuando se pretende medir en dinero intereses no patrimoniales, se comparan entidades de naturaleza completamente distinta, por lo que es imposible determinar por cualquier medio de prueba su medida pecuniaria, que sólo puede alcanzarse por una apreciación en equidad.

Pero esta determinación por criterios de equidad de la cuantía de la compensación por daños físicos y morales no contradice la naturaleza y función de la indemnización por daños y perjuicios.

Esa indemnización, sean los daños patrimoniales o no patrimoniales, no crea una situación materialmente igual a la que existiría de no haberse producido el daño; ya que es una reparación por equivalente que se limita a llenar el vacío creado por el hecho dañoso, pero no restaura el interés destruido o disminuido, sino que llena ese vacío con un equivalente de ese interés, que es una igualdad real de valor económico

en el caso de daños patrimoniales, y una relación apreciada libremente por las partes o por el órgano aplicador del Derecho en el caso de daños no patrimoniales (SSTS de 9 de mayo y de 10 de diciembre de 1984).

Con la indemnización pecuniaria, quien ha sufrido un daño patrimonial puede crear una situación posterior del mismo carácter que la originaria, consiguiendo una cosa correspondiente al género de la destruida o perjudicada, o reparándola u obteniendo de un tercero la prestación incumplida por el deudor. Quien ha sufrido un daño no patrimonial no puede con la indemnización pecuniaria crear una situación que se asemeje a la situación anterior: El dinero no le permite restablecer su capacitación funcional ni la integridad de su cuerpo perdidas temporal o definitivamente; tampoco le permite restablecer la tranquilidad de espíritu alterada por el hecho lesivo. Sólo podrá alcanzar con la suma dineraria de la indemnización aquellas ventajas y satisfacciones personales que puedan compensarlo en otros aspectos de su vida, procurando que el balance de su bienestar personal recupere nuevamente su equilibrio general y total.

5. Lo expuesto hasta aquí no es ocioso por lo siguiente: Está acreditado que en el intervalo temporal de los 16 años y cinco meses comprendidos entre el 1 de agosto de 1978, fecha de acaecimiento del hecho lesivo, y el 4 de enero de 1996, fecha en que se determina la existencia del hecho lesivo y se procede a la cesación de sus efectos, la reclamante sufrió tres ataques de pancreatitis aguda producidos por la presencia del cuerpo extraño en la vía biliar y que determinaron tres períodos de discapacidad funcional para llevar su vida normal y que abarcaron, respectivamente, desde el 6 de julio de 1980 al 16 de julio de 1980, desde el 8 de septiembre de 1994 al 14 de septiembre de 1994 y desde el 23 de diciembre de 1995 al 5 de enero de 1996, fechas en que estuvo ingresada hospitalariamente por pancreatitis aguda; que ésta le produjo sufrimientos físicos y los consiguientes sufrimientos morales. Por estos daños la reclamante solicita una indemnización de treinta millones de pesetas.

Si se compara el dilatado período (16 años) en que el hecho dañoso no manifestaba efectos lesivos con la breve duración de los tres espaciados períodos (35 días en total) de incapacidad funcional y de malestar físico y moral, se debe convenir en que la cuantía de la indemnización solicitada no es proporcional. La

indemnización de daños y perjuicios tiene una función resarcitoria, no sancionadora o punitiva. En un período de dieciséis años, incidencias normales en la salud de los individuos, como una gripe o una luxación, pueden determinar períodos de incapacitación funcional de igual duración y molestias, y nadie consideraría que la reparación justa deba alcanzar la cifra de treinta millones de pesetas. El riesgo de que en la vida de un individuo se produzcan en tal intervalo temporal esos períodos de discapacidad funcional temporal no lo cubriría ninguna Compañía de Seguros con una cuantía semejante.

Que la indemnización solicitada es desmesurada resulta patente con atender a la cuantía de la máxima indemnización básica por muerte, que incluye los daños morales, que se contempla en la Tabla I del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

En línea con lo estimado ante supuestos similares en los Dictámenes 18/1993, de 18 de junio, y 84/1996, de 6 de noviembre, puesto que el Consejo Consultivo no es un órgano de la Administración y que su función es consultiva, no puede sustituir con sus pronunciamientos las omisiones de la Administración; por lo que procede que ésta, en un nuevo proyecto de resolución, previa audiencia al interesado, realice tal valoración, para cuya cuantificación cuenta, en aplicación del art. 141.2 LPAC, con el sistema de valoración de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor (Texto Refundido aprobado por el Decreto 632/1968 de 21 de marzo y modificado por la disposición adicional VIIIª de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados), cuya Tabla V de su Anexo establece la indemnización básica, que incluye los daños morales por incapacidad temporal, por día de estancia hospitalaria.

C O N C L U S I O N E S

PRIMERA. El Servicio Canario de Salud, como sucesor del Instituto Nacional de la Salud en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Canarias, está legitimado pasivamente frente a la presente reclamación (F. II).

SEGUNDA. La asistencia sanitaria prestada a la reclamante por el INSALUD el 1 de agosto de 1978 le ha ocasionado a la reclamante un daño resarcible. El SCS, como

sucesor del INSALUD, debe responder por él, sin perjuicio de su derecho de repetición.

TERCERA. De las conclusiones anteriores se deriva que no se ajusta a Derecho que la Propuesta de Resolución desestime la pretensión resarcitoria (Fundamentos IV y V).

CUARTA. Procede que, previa audiencia a la reclamante, se realice la valoración de las lesiones personales en orden a la cuantificación de la indemnización.