



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 6 9 / 2 0 0 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de mayo de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización, formulada por G.E.R.S. y J.E.M.M., por daños ocasionados a su hija F.R.M., como consecuencia de error quirúrgico (EXP. 153/2008 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 31 de marzo de 2008, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 8 de abril de 2008. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la competencia 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, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP).

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de G.E.R.S. y de J.E.M.M., así como por F.R.M., a través de la representación de sus padres, por haber sufrido daños en sus esferas

---

\* **PONENTE:** Sr. Reyes Reyes.

morales, patrimoniales y físicas, como consecuencia la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de Salud.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la 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.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la 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.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues el escrito de reclamación se presentó ante la Administración el 30 de noviembre de 2005, y el hecho que se alega continúa desplegando efectos al día de la reclamación, al tener que asistir la menor a controles periódicos, habiendo sido el último en el mes de octubre de 2005 y habiendo de volver en enero de 2006. En cualquier caso, el alta hospitalaria se produjo el 1 de junio de 2005.

### III

1. El hecho objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, por la siguiente secuencia de acontecimientos, según los términos de la reclamación:

F.R.M. (en adelante, la paciente), hija de quienes presentan reclamación, nació el 12 de noviembre de 2004 en el Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, ingresando, tras su nacimiento, en el Servicio de Pediatría, sección de Neonatología, con diagnóstico de distrés respiratorio e ictericia precoz, y, posteriormente en UCIN para iniciar tratamiento. Se solicita valoración por cardiólogo.

El 23 de noviembre de 2004 se realiza la valoración cardiológica de la menor, informándose de *ductus arterioso* persistente grande con sobrecarga significativa del

ventrículo izquierdo y comunicación interventricular subaórtica pequeña. Al parecer, se recomienda cierre quirúrgico del ductus.

El 1 de diciembre de 2004, los doctores C.L. y G.C., cirujanos pediátricos, intervienen quirúrgicamente a la paciente realizándole toracotomía a nivel del 4º espacio intercostal izquierdo en posición decúbito lateral derecho. Localizan aorta y subclavia izquierda abriéndose la pleura parietal y localizándose el ductus, que presenta un tamaño de, aproximadamente, 2 cm. de longitud por 0,8 cm. de diámetro. Se cierra el mismo mediante 2 ligaduras de seda de 2/0, sin sección del conducto, procediéndose posteriormente al cierre por planos.

A las 24 horas de la intervención y, tras la evolución favorable postoperatoria, se decide la desintubación de la paciente, al mismo tiempo que se reinicia la alimentación vía oral, que es tolerada de forma irregular debido al distrés respiratorio que progresa en los días sucesivos.

El día 8 de diciembre de 2004 la paciente pasa a cuidados medios con una placa de tórax informada como normal, así como con saturaciones normales. Persistía, no obstante, taquipnea ligera con tiraje sub e intercostal que, según informa el Dr. C.L., había ido disminuyendo en intensidad, no apreciándose ruidos sobreañadidos.

Se practica nuevo control ecográfico el día 10 de diciembre de 2004, que es informado como ductus abierto, comunicación interventricular de 3 mm. y datos clínicos de insuficiencia cardiaca.

A la paciente se le pauta tratamiento para la insuficiencia cardiaca, persistiendo ésta y evolucionando tórpidamente con mala tolerancia a las tomas. Es por este motivo que se decide traslado al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, con diagnóstico de ictericia precoz, ductus arterioso persistente grande intervenido y reabierto, comunicación interventricular pequeña e insuficiencia cardiaca congestiva.

El 18 de diciembre de 2004 ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Materno Infantil. En radiografía de tórax mostraba una cardiomegalia relativa por aumento de la vascularización pulmonar. Durante su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva no mostró signos de insuficiencia cardiaca, observándose por ecografía un ductus moderado y una comunicación interventricular apical pequeña y una perimembranosa pendiente de definir tamaño, no diagnosticada previamente.

El 20 de diciembre de 2004 pasa a la planta de cardiología pediátrica, observándose una estabilidad hemodinámica con el tratamiento pautado desde su hospital de origen.

En sesión médico-quirúrgica de fecha 21 de diciembre de 2004, se decide posponer el tratamiento quirúrgico ante la situación de estabilidad y la escasa repercusión cardiaca existente. Persistía, eso sí, una mala tolerancia digestiva, por lo que, tras la práctica de ecografía abdominal que descarta patología a dicho nivel (sí se detecta la ausencia de riñón derecho), se recomiendan tomas fraccionadas, mejorando la tolerancia.

El día 23 de diciembre de 2004 es dada de alta hospitalaria, siendo citada para valoración por consultas externas. En el informe de alta sí se menciona que la comunicación interventricular perimembratosa es pequeña-moderada, no existiendo gradiente interventricular en ese momento.

El día 8 de febrero de 2005 es trasladada por sus padres al Servicio de Urgencias de la Residencia Sanitaria de La Candelaria por presentar cuadro de tres días de evolución de cansancio, tos seca, dificultad respiratoria y disminución de los tonos. Valorada por el pediatra de guardia se informa de distrés con mínimo tiraje subcostal, no edemas, no hematomegalia, ni sudoración. Se establece un juicio diagnóstico de posible descompensación cardiológica sin insuficiencia cardiaca y se pauta tratamiento.

El 10 de febrero de 2005 vuelve al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, por continuar con disminución de ingesta, disnea y, además, vómitos (en dos ocasiones). Se le ajusta tratamiento y se remite a control por su pediatra.

El 22 de febrero de 2005 ingresa nuevamente en la Unidad Médico-Quirúrgica de Cardiología Pediátrica del Hospital Materno-Infantil. Durante su ingreso se practica cateterismo cardiaco, el 2 de marzo de 2005, accediendo vía venosa femoral derecha, objetivándose una comunicación interventricular perimembranosa grande, con ductus permeable grande, una oclusión completa de la rama pulmonar izquierda desde su origen y una hipertensión pulmonar sistémica. La paciente se mantiene en todo momento estable y sin complicaciones postcateterismo. Se decide, tras sesión clínica médico-quirúrgica, cierre del ductus e intento de repermeabilización de la arteria pulmonar izquierda. También se plantea la posibilidad de cierre de la comunicación interventricular, según respuesta de la presión pulmonar al cierre del ductus. Fue dada de alta hospitalaria el día 10 de marzo de 2005.

Ingresa de nuevo en la Unidad de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Hospital Materno-Infantil el día 27 de marzo de 2005 para tratamiento quirúrgico, siendo intervenida el 29 de marzo de 2005. Durante la intervención se aprecia una arteria pulmonar de un diámetro doble al de la aorta, una arteria pulmonar izquierda ligada con dos suturas separadas y un ductus con un diámetro mayor incluso que el de la aorta. Se cierra ductus durante tres minutos y se observa que la respuesta cardiaca es buena, por lo que se decide cerrar el ductus con doble ligadura. Se confirma la ausencia de flujo a dicho nivel, se revisa la zona de la arteria pulmonar izquierda, retirándose las ligaduras y apreciándose un trayecto fibroso largo. Llama la atención durante la intervención la coloración rosada del pulmón izquierdo y su aparente "buen flujo", probablemente por colaterales.

Tras aquella intervención la paciente presenta signos de insuficiencia cardiaca importantes, a pesar del tratamiento médico, hipertensión pulmonar y una curva de crecimiento plana. Por ello se le practica un nuevo cateterismo cardiaco el 3 de mayo de 2005, objetivándose una comunicación interventricular perimembranosa grande con mínimo flujo del ductus, sin repercusión hemodinámica, y una hipertensión pulmonar severa que responde favorablemente a los vasodilatadores. Se aprecia, además, múltiple vascularización del pulmón izquierdo por colaterales. Con los resultados de este cateterismo es presentada en sesión clínica, proponiéndose cierre de comunicación interventricular.

El día 6 de mayo de 2005 la menor vuelve a ser intervenida, en esta ocasión por esternotomía media, bajo circulación extracorpórea, cardioplejía cristaloides e hipotermia profunda, observándose múltiples adherencias, un ventrículo derecho hipertrófico, una aurícula derecha dilatada y de paredes gruesas, una arteria pulmonar izquierda, así como sus áreas circundantes inflamadas. Se realiza auriculotomía derecha con cierre de la comunicación interventricular (diámetro igual al de la aorta) con parche de teflón y puntos de prolene. La paciente evoluciona favorablemente en el periodo posquirúrgico, permaneciendo 6 días en UMI, con posterior traslado a planta.

Desaparecen casi por completo los signos de insuficiencia cardiaca, presentando una buena tolerancia oral y ganancia de peso. Durante su ingreso se practican hemocultivos por febrícula, que son informados como presencia de *enterococo faecalis*, pautándose tratamiento antibiótico según antibiograma.

El día 16 de mayo de 2005 se practica nuevo ecocardiograma donde se observa una buena contractilidad, un flujo residual del ductus, ausencia de datos de hipertensión pulmonar en el momento del estudio, comunicación interventricular residual con gradiente de 45 mm Hg y ausencia de derrame pericárdico. La paciente es dada de alta en el Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil el día 20 de mayo de 2005, permaneciendo ingresada hasta el 1 de junio de 2005 en el Servicio de Infeccioso, dado el tratamiento antibiótico pautado por la infección enterocócica.

Desde entonces la menor sigue controles periódicos, tanto por su pediatra de zona, como por su cirujano cardiovascular en Las Palmas de Gran Canaria. La última cita con este último fue en el mes de octubre de 2005, debiendo volver en enero de 2006.

2. De todo lo expuesto, entienden los reclamantes que se ha sufrido un perjuicio derivado de la actuación del Servicio Canario de la Salud dado que la menor fue diagnosticada de un ductus, que se puede calificar como una afección de gravedad leve, según el parecer de los interesados, cuya solución quirúrgica es relativamente sencilla, sin embargo:

A) Al realizar la intervención quirúrgica el 1 de diciembre de 2004 los cirujanos cierran la arteria pulmonar izquierda y dejan abierto el ductus, es decir, confunden la arteria pulmonar izquierda (API) con un ductus. Sólo la intervención posterior del Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil descubre la manifiesta negligencia producida, pero no puede revertir la situación ya que la API había sido amputada, había desaparecido, con lo que el daño era ya irreversible.

B) El error se produce, según los reclamantes, por realizarse la intervención de 1 de diciembre de 2004 por facultativos que no tenían la cualificación debida, ya que no tenían la condición de cirujanos cardiológico-infantiles, máxime, cuando el Servicio Canario de la Salud dispone de un Servicio perfectamente capacitado para realizar todo tipo de intervenciones en cardiopatías pediátricas, como es la Unidad Médico-Quirúrgica de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Hospital Universitario Materno-Infantil.

C) Además, estima la parte reclamante, que la intervención se debió haber realizado con mayor edad de la paciente, pues, indican en su reclamación: "(...) como señaló J.M.B., Jefe del Servicio de Cardiología Infantil del Hospital Universitario Insular Materno-Infantil, en el II Congreso Nacional de Cardiología Pediátrica celebrado en Maspalomas los días 21 y 22 de mayo de 2005: "(...) una intervención en las primeras semanas de vida conlleva un mayor riesgo que una

*intervención realizada cuando el niño tiene dos años de edad, debido a la madurez del paciente y la resistencia a la anestesia”.*

3.<sup>1</sup>

4. Los interesados reclaman indemnización que cuantifican inicialmente en un millón de euros, a los que se añadirían los intereses y la actualización correspondientes, por los daños patrimoniales y morales, así como por las secuelas físicas, consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida.

Sin embargo, esta cantidad se disminuye a 756.797,13 euros en escrito de alegaciones de 16 de enero de 2007, para el caso de que la Administración se avenga a la terminación convencional del procedimiento.

Se aportan por la parte reclaman te documentos justificativos de las cantidades que se reclaman, que se desglosan en este último escrito de la siguiente manera:

1) Por secuelas: 1.1. Trastornos de la personalidad: 1.1.1. Síndrome posconmocional: 15 puntos; 1.2. Trastorno orgánico de la personalidad: 1.2.1. Moderado: 30 puntos; 1.3. Resección: 1.3.1. Resección total de un pulmón: 12 puntos; 1.4. Insuficiencia respiratoria restrictiva: 1.4.1. Restricción tipo IV: 80 puntos; 1.5. Fracturas de costillas/esternón con neuralgias intercostales esporádicas y/o persistentes: 6 puntos; 1.6. Perjuicio estético importante: 22 puntos. Total puntos secuelas: 165 puntos. Total indemnización secuelas: 235.694,99 euros.

2) Factores de corrección: 2.1. Perjuicios económicos (10% de los ingresos mínimos): 23.569,50 euros; 2.2. Daños morales complementarios: 80.511,76 euros; 2.3. Lesión permanente total: 80.511,76 euros; 2.4. Adecuación de la vivienda: 60.000 euros; 2.5. Perjuicios morales de familiares: 120.767,65 euros. Total factores de corrección: 365.360,67 euros.

3) Indemnizaciones por incapacidad temporal: a razón de 60,34 euros por día de hospitalización y 49,03 euros improductivos son hospitalización, con factor de corrección (10% ingresos anuales): 42.181,47 euros.

4) Secuelas producidas y no valoradas: 4.1. Déficit de crecimiento; 4.2. Limitación de la vida diaria. Todo ello se valora en 100.000 euros.

5) Secuelas potenciales y previsibles: 5.1. Tronco-columna vertebral y pelvis: 18 puntos; 5.2: columna torazo-lumbar: 15 puntos.

---

<sup>1</sup> Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

6) Reembolso de gastos. Dietas por desplazamientos y estancias en Gran Canaria: 13.560 euros.

## IV

1.<sup>2</sup>

2. Por otra parte, en este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC).

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución estima parcialmente la pretensión de la parte reclamante con fundamento en las consideraciones resultantes del informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia y demás documentos obrantes en el expediente. Se señala en la Propuesta de Resolución:

*“De las pruebas testificales practicadas y de lo expuesto en los informes obrantes en el expediente, cabe realizar las siguientes precisiones:*

*1) En cuanto a la confusión que se produce en la primera intervención realizada a la paciente, en que se pretende cerrar el ductus y posteriormente se comprueba que se había cerrado la arteria pulmonar izquierda.*

*Cabe destacar la declaración realizada por el propio cirujano pediátrico que interviene a la niña, cuando responde a la pregunta nº 19 de las que le formula la parte reclamante en la prueba testifical que se incluye en el expediente, “la arteria pulmonar tenía un diámetro de 0,4 cm, y el ductus 2 cm, por tanto era un diámetro muy superior, lo normal es que sea al revés, y el tamaño del ductus sea muy inferior al de la arteria pulmonar”. Asimismo, a la pregunta 32 responde “sólo cabe pensar en una confusión derivada del tamaño tan desproporcionado del vaso. La arteria pulmonar por su tamaño pudo confundirse con el ductus”.*

*En similares términos se pronuncia el cirujano pediátrico que actuaba como primer ayudante en la intervención, al contestar a la pregunta 11 “había una*

---

<sup>2</sup> Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

*desproporción importante entre los calibres del ductus y la arteria, el ductus tenía 2 cm, y la arteria 0,4 cm, cuando normalmente es al revés”.*

*2) Se cuestiona en la reclamación la cualificación de los cirujanos pediátricos que intervienen a la paciente, entendiéndose que debió realizarse por cirujanos cardiológico-infantiles.*

*Explica extensamente en su informe el Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica del HUNSC la razón de existir la especialidad de Cirugía Pediátrica.*

*De la información facilitada por la Subdirección Médica se extrae “ambos cirujanos pediátricos de este Hospital y por tanto plenamente capacitados para realizar este tipo de intervención (...) el cierre quirúrgico del ductus arterioso también viene siendo competencia de Cirugía Pediátrica en otros centros hospitalarios a nivel nacional, avalado por el plan de formación MIR de la especialidad”.*

*No obstante, en la prueba testifical se insiste en preguntar sobre este extremo, resultando contundente la respuesta del Dr. G.C., que es profesor titular de Cirugía Pediátrica en la Universidad de La Laguna, cuando se le pregunta cual es su especialidad: “cirujano pediátrico, la especialidad de cirugía cardiaca infantil no existe”, lo que amplía al dar respuesta a la pregunta 15 que insiste en la especialidad de cirugía cardiaca infantil “No existe esta especialidad dentro de la formación, actualmente no se contemplan las subespecialidades oficialmente, pero puede haber profesionales dentro de cada especialidad dedicados a actuaciones específicas”.*

*3) En lo relativo al supuesto menor riesgo que implicaría intervenir a la niña una vez cumplidos los 2 años y con mayor peso, como se sostiene en la reclamación, la respuesta ha sido unánime por parte de todos los Facultativos a los que los reclamantes preguntan en la prueba testifical.*

*Así el Dr. C.L. en su respuesta a la pregunta 4 afirma “en cirugía hay un axioma-ductus detectado, ductus operado”.*

*Por su parte el Dr. S. en su respuesta a la pregunta 4 dice “Las cardiopatías hay que intervenirlas cuando hay que hacerlo, si hubiera esperado para intervenir a la niña a los 2 años hubiera incurrido en una imprudencia (...) el tratamiento del ductus sintomático es el cierre tan pronto como se realiza el diagnóstico”.*

Igualmente la Dra. A. contesta a la pregunta 3 "es una intervención que se hace justamente en niños de muy bajo peso".

4) Se cuestiona en reiteradas ocasiones por que no se hizo un cateterismo a la niña antes de la intervención, también es unánime la respuesta emitida por todos los Facultativos a quienes la parte reclamante les plantea esta cuestión en la practica de la prueba testifical.

El Dr. S. en respuesta a la pregunta 6 afirma "la ecocardiografía es la técnica de elección en el tratamiento del ductus, el cateterismo se realiza exclusivamente cuando se sospecha que exista hipertensión pulmonar, cuando se va a hacer intervencionismo percutáneo o cuando el diagnóstico no es concluyente, en este caso el diagnóstico fue concluyente y se demostró en la cirugía".

El Dr. G.C. en respuesta a la pregunta 7 puntualiza "desde hace 15 años no se practican cateterismos a pacientes afectos de ductus porque existen métodos no invasivos que lo diagnostican".

Asimismo, la Dra. A. en respuesta a la preguntas 4 y 6 relativa a la práctica de cateterismo previo a una intervención quirúrgica cardíaca dice "en ningún caso, salvo que se sospeche hipertensión pulmonar", en el caso de F.R.M., se hizo "porque tenía hipertensión pulmonar".

5) Respecto a las secuelas que pudieran derivar del cierre de la arteria pulmonar izquierda, y una vez visto el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones, se añaden las declaraciones de los Facultativos.

En este sentido se deja constancia de la respuesta a la pregunta 17 planteada al Dr. S., que en relación a los requerimientos fisiológicos futuros de la paciente contesta "Un hecho que referimos al salir de la cirugía es que llamativamente el color del pulmón era muy bueno, parecía que existía un flujo de alguna parte que no era de la arteria pulmonar izquierda. Los niños tienen una gran reserva en sus tejidos, algunos pueden vivir normalmente con un solo pulmón".

A la misma pregunta, el Dr. A. añade "Habrá que esperar a la evolución de la paciente, no se puede prever; los niños se defienden mucho haciendo circulación colateral".

6) En cuanto a la solicitud del reembolso de gastos por desplazamientos, en el que se incluye dietas y pasajes, es obvio que los reclamantes conocen el cauce

*adecuado para su tramitación, de hecho aportan al expediente documento remitido desde la Dirección de Área de Salud de Santa Cruz de Tenerife, de fecha 21 de julio de 2005, en que se les solicite aporten justificantes de dichos desplazamientos”.*

A partir de todo ello, la Propuesta de Resolución viene a estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad formulada por G.E.R.S. y J.E.M.M., por daños y perjuicios supuestamente derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija menor F.R.M. en los servicios sanitarios del Servicio Canario de la Salud, y resuelve indemnizar por un importe de 124.458,00 €.

2. Pues bien, ha de señalarse que, por una lado, los informes del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia son incompletos, pues se limitan a pronunciarse sobre la medida de la indemnización sin analizar el fondo del asunto, y ello porque dan por sentada la responsabilidad de la Administración en cuanto a la producción de un daño consecuencia de la primera intervención quirúrgica practicada a la paciente.

Asimismo, por otro lado, en relación con la prontitud de la intervención y la inadecuación del Servicio que intervino a la niña inicialmente, se deriva de las testificales y los distintos informes obrantes en el expediente que no son causa de responsabilidad de la Administración, pues ni había de esperar para operar, ni era incompetente el Servicio de Cirugía Pediátrica para hacerlo.

3. Ahora bien, hubo un error patente en la intervención, en lo que hay reconocimiento unánime. Mas, es en la determinación del alcance del daño producido y en la cuantificación de la indemnización procedente donde se genera discrepancia de criterios entre la parte reclamante y la Administración sanitaria, a tenor de los términos de la Propuesta de Resolución que examinamos.

Pues bien, a este respecto se indica que consideramos procedente la estimación parcial de la reclamación formulada para indemnizar la lesión patrimonial efectivamente causada, si bien la cuantificación del daño efectuada en la Propuesta de Resolución se entiende manifiestamente insuficiente, toda vez que a los conceptos indemnizatorios valorados -cuya cuantificación debe ser debidamente actualizada- han de agregarse los siguientes: 1) los daños resultantes de los perjuicios estéticos causados como consecuencia de las sucesivas intervenciones quirúrgicas que se practicaron a la menor; y 2) los daños morales causados a los padres como consecuencia no solo de la angustia y el padecimiento sufridos a partir de la primera intervención practicada y la asistencia sanitaria posterior, sino también

de las complicaciones y trastornos causados por tal motivo en todos los órdenes de la vida cotidiana, que prudentemente han de fijarse por la Administración sanitaria en cifra adecuada, no irrisoria.

En todo caso, debe precisarse que a tenor de la información de la que se dispone no se pueden determinar desde ahora con exactitud las secuelas que finalmente puedan resultar, ni las consecuencias futuras derivadas del error quirúrgico producido, en cuanto a la evolución del proceso patológico de la paciente, así como al desarrollo ulterior de la insuficiencia cardiaca de que adolece, sin que tampoco quepa inferir si se logrará que aminore o no de manera natural su padecimiento o mediante corrección quirúrgica u otro tratamiento, por lo que ha de quedar abierta la vía al resarcimiento ulterior y complementario del quebranto patrimonial que realmente se llegue a ocasionar.

No obstante, particularmente es de observar que las consecuencias más importantes para la vida de la paciente serían las derivadas de las limitaciones que le habrán de suponer en su vida cotidiana, como resultado de la insuficiencia cardiaca que le afecta.

Este dato permite considerar la procedencia de que se pondere también, en la resolución de la reclamación formulada, la atribución a la lesionada de una pensión vitalicia complementaria, acorde con la previsible necesidad de atención de los gastos y cuidados que la paciente precise, como consecuencia de su lesión.

4. Finalmente, en cuanto al reintegro de los gastos de estancia y transporte que se reclaman, ha de indicarse, que, en este caso, el reintegro de gastos puede solicitarse autónomamente por la vía jurisdiccional social si se entiende que el gasto es puramente médico y responde a urgencia vital, o bien, como se intenta también por los interesados una vez que se descarte que esté incurso en aquel supuesto, a través del procedimiento de responsabilidad patrimonial como daño material derivado del funcionamiento de la Administración en el ámbito sanitario, por lo que procede se atienda por esta vía dicha reclamación.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho, en lo que concierne a la estimación de la responsabilidad patrimonial de la Administración, sin perjuicio de las observaciones formuladas en el Fundamento V, apartados 3 y 4, respecto a la cuantificación del daño; la procedencia de que quede abierta la vía al resarcimiento

ulterior y complementario del quebranto patrimonial que realmente se llegue a ocasionar a la paciente, en función del desarrollo de sus lesiones; y el reintegro de los gastos de estancia y transporte reclamados, que igualmente procede sean atendidos.