



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 173/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 24 de mayo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 151/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma, tras presentar el interesado una reclamación de indemnización por los daños soportados como consecuencia del presunto funcionamiento del servicio público sanitario gestionado por aquel Servicio.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, habiendo sido remitida por el Sr. Consejero de Sanidad, según dispone el art. 12.3 de la citada ley.

3. En el procedimiento incoado el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido un daño como consecuencia del funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario, pudiendo por tanto instar la iniciación del procedimiento mediante la reclamación presentada.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

4. La primera intervención quirúrgica fue practicada en un Centro concertado del Servicio Canario de la Salud.

Como hemos explicado en numerosos Dictámenes (véanse, por todos, los Dictámenes 31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; y 154/2016, de 16 de mayo, a cuya fundamentación nos remitimos para evitar reiteraciones innecesarias), los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), pertenecen al género del contrato administrativo denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos. Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el Servicio Canario de la Salud en este caso, como el centro sanitario privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de este, entonces está obligado a resarcirlo.

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, junto a este está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado (...). Estas razones explican que el instructor haya llamado al centro al procedimiento en su calidad de presunto responsable del daño alegado, y le haya dado oportunidad de presentar prueba, vista del expediente y trámite de audiencia.

5. La reclamación fue presentada por el interesado el 24 de marzo de 2014, en relación con los daños ocasionados en fecha 30 de abril de 2009 y 26 de septiembre de 2013, respectivamente. Podríamos estar ante una reclamación extemporánea en cuanto a la primera intervención quirúrgica, como veremos posteriormente. Sin embargo, en cuanto a la segunda no habría transcurrido el plazo de un año, por lo que no cabría calificarla de extemporánea como al efecto prevé 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 (LRJAP-PAC).

6. El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin a este 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 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

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

7. En el análisis a efectuar de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada, son de aplicación la citada Ley 30/1992 y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. El reclamante fundamentan su pretensión en el escrito presentado como sigue:

«(...) en fecha 30 de abril de 2009 se le diagnostica (...) espondilosis bilateral de L5 con listesis anterior grado 1 que ensanchaba el canal en sentido antero posterior, con presencia de una seudoprotusión discal que obliteraba parcialmente los agujeros de conjunción, sin que se pudiese descartar compromiso radicular foraminal, a más de que en aquel nivel de L5-S1 se objetivaban cambios discales degenerativos con disminución de altura de espacios intravertebral y fenómenos de vacío (...).

(...) en fecha 3 de noviembre de 2009 se precede a intervención quirúrgica consistente en colocación de tornillos transpediculares percutáneos en L5 y sacro, señalando que no existió complicación en dicha intervención, dándole al alta (...) el día siguiente (...).

(...) en fecha 2 de diciembre de 2009, se procede a revisión del paciente y se refiere "buena evolución" (...).

(...) Que en fecha 22 de diciembre de 2009 se detecta secuelas en la física (...) consistente en artrodesis lumbar L5-S1 por espondilolistesis, sin referencia a problemas respecto de los tornillos colocados (...).

Que en fecha 13 de enero de 2010 se emite informe clínico del Hospital (...) en el que se refiere, que si bien persiste lumbalgia al ejercicio nada se dice de problema alguno con los tornillos insertados (...).

Que en fecha 16 de marzo de 2010 se, vuelve a emitir informe médico en el que se refiere la existencia de dolor leve a realizar movimientos con la cintura (...).

Que en fecha 17 de marzo de 2010 la Residencia Médica Asistida emite un informe (...) por el que se pone de manifiesto la persistencia del dolor constante como el existente antes de la operación de fecha 4 de noviembre de 2009 (...).

Que con fecha 22 de octubre de 2010, (...) al departamento de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil emite informe en el que se hace constar la persistencia de lumbalgia, pero nada se refiere-a posibles problemas con los tornillos insertados percutánea al L5-S1 (...).

Que en fecha 5 de abril de 2011, el paciente (...) solicita copia de su historial clínico referido a la operación de fecha 3 de noviembre de 2009 al no estar de acuerdo con su evolución clínica (...).

Que con fecha 19 de mayo de 2011, se emite informe de Radiología por el Hospital de (...) en el que se refería la existencia de rotura de tornillos izquierdos, existiendo infección y origen de la (pérdida) de movilidad y dolores del paciente (...).

Que en fecha 2 de mayo de 2013, por el Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil del Servicio Canario de la Salud, se reconoce finalmente la existencia de rotura de un tornillo y aflojamiento del material insertado en la operación quirúrgica de fecha 3 de noviembre de 2009; es decir, el Servicio Canario de la Salud viene a reconocer la existencia de la rotura de un tornillo y el aflojamiento del resto del material de osteosíntesis que venía produciendo dolor y pérdida de movilidad en el paciente desde enero 2010 (...), el 26 de septiembre del 2013, el reclamante ingresa para intervención quirúrgica por la que se le retira el sistema entero y se reinserta uno nuevo, ahora con apoyo de la vértebra L4, siendo dado de alta el 3 de octubre de 2013 (...). Que en fecha 22 de noviembre de 2013, se emite informe de la Unidad de Dolor del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil del Servicio Canario de la Salud en el que se hace constar que, tras la operación quirúrgica y a pesar del tratamiento pautado, sigue el dolor quedando pendiente nueva cirugía por aflojamiento del material, es decir, que a pesar de que la cirugía de fecha 26 de septiembre de 2013 dirigida a subsanar el aflojamiento del material derivada de la intervención de fecha 3 de noviembre de 2009, nuevamente se produce una mala praxis dejando el material insertado en la física del paciente sin sujeción adecuada (...).

Por las razones expuestas, el afectado solicita del Servicio Canario de la Salud una indemnización que asciende a 153.612 euros.

2. En relación con la tramitación del procedimiento que nos ocupa consta en el expediente las siguientes actuaciones:

Primero.- La reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, mediante Resolución de 5 de mayo de 2014 de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (art. 6.2 RPAPRP).

Segundo.- Se han realizado, asimismo, los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose e incorporándose al expediente, en particular, el informe preceptivo del Servicio de Inspección y Prestaciones, el informe del Hospital (...), el informe médico preceptivo del Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario, el historial clínico del paciente, entre otros, y a cuyo funcionamiento el afectado imputa el supuesto deficiente funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Tercero.- En el procedimiento tramitado la instrucción ha concedido al interesado el periodo probatorio, en virtud del cual, aparte de la documental médica admitida y obrante en el expediente, se practicó el interrogatorio testifical propuesto a los médicos que asistieron al paciente tanto en el Hospital (...) como en el Complejo Hospitalario Universitario.

Cuarto.- Asimismo, se concedió al interesado el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente, quien presentó escrito de alegaciones ratificando las pretensiones ya manifestadas en su escrito inicial.

Quinto.- Se ha emitido también el preceptivo informe del Servicio Jurídico, de carácter favorable a la Propuesta de Resolución [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero].

Sexto.- El procedimiento viene finalmente concluso con la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación presentada.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidad formal que impida la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para resolver establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pues sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

III

1. La Propuesta de Resolución de carácter desestimatorio se fundamenta en que, de acuerdo con las actuaciones practicadas, no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. En resumen, el afectado reclama por los daños que lleva padeciendo desde la primera intervención de fecha 3 de noviembre de 2009, ya que a pesar de referir fuertes dolores desde enero de 2010, es decir, dos meses después de la intervención quirúrgica por la que le implantaron una serie de tornillos percutáneos en la L-5-S1, no se llega a detectar la existencia de una rotura del tornillo izquierdo y un aflojamiento del resto del material de osteosíntesis hasta mayo del 2013, y que a pesar de haberse realizado intervención quirúrgica el 26 de septiembre de 2013, con la finalidad de corregir la supuesta mala praxis de la intervención de fecha 3 de noviembre de 2009, esta fue deficiente por falta de sujeción del material insertado en dicha nueva intervención quirúrgica.

En consecuencia, debemos separar las distintas actuaciones médicas por las que el afectado reclama. Primero, refiere deficiente asistencia sanitaria por los facultativos por la tardanza en la detección de la rotura del tornillo izquierdo y aflojamiento de material implantado; segundo, la segunda intervención quirúrgica produjo el aflojamiento del material insertado; tercero, por la deficiente asistencia recibida está pendiente de nueva intervención quirúrgica.

3. En relación a los hechos fácticos alegados, consta en la historia clínica del paciente los siguientes:

El paciente presentaba dolor lumbar de 8 años de evolución con irradiación al miembro inferior izquierdo (MII), que aumentaba con el ejercicio y maniobras de Valsalva.

Entre las pruebas médicas practicadas, mediante el TAC de columna lumbar de fecha 30 de abril de 2009 «se aprecia una espondilosis bilateral de L5 con listesis anterior grado I que ensancha el canal en sentido antero posterior, con presencia de una pseudoprotusión discal que oblitera parcialmente los agujeros de conjunción, sin poder descartar compromiso radicular foramidal. En este nivel de L5-S1 se objetivan cambios discales degenerativos con disminución de altura del espacio intervertebral y fenómenos de vacío sin que visualicemos compromiso del saco tecal».

En consecuencia, el paciente ingresa durante el periodo 3-4 de noviembre de 2009 en el Hospital (...), Servicio de Neurocirugía para intervención quirúrgica bajo

el diagnóstico de espondilolistesis, del que se desprende que se practicó «fijación transpedicular percutánea. Se colocan tornillos traspediculares percutáneos en L5 y sacro. No se describen complicaciones». Por lo demás, firma el documento de consentimiento informado.

Con posterioridad a la intervención del año 2009, se constata la rotura de tornillo S1 izquierdo manifestándose en el paciente con una lumbociática izquierda recidivante, siendo reintervenido el 26 de septiembre de 2013 con retirada de material y colocación de artrodesis pedicular L4 a S1.

En la segunda intervención quirúrgica se realizó una retirada del tornillo fracturado, ampliación de la artrodesis L4, L5 y S1, y una fusión posterolateral.

Por lo demás, en estudios de imagen siguientes se «descartó la presencia de pseudoartrosis tras el segundo procedimiento. El paciente persiste con molestias de dolor secundarias a un síndrome postlaminectomía, por el momento se descarta reintervención».

Igualmente, el informe médico nos indica que «el paciente actualmente y a pesar del tratamiento realizado, tiene lumbociática izquierda invalidante, no resuelta a pesar de los tratamientos conservadores, rehabilitación y las intervenciones quirúrgicas, motivo por el que se debe considerar que se trata de secuelas definitivas».

IV

1. Antes de entrar en el fondo del asunto, habría que establecer el *dies a quo* a efecto del cómputo de plazo para reclamar con respecto a las pretensiones que el reclamante refiere en atención a las distintas intervenciones quirúrgicas practicadas en el año 2009 y, como consecuencia de la rotura del tornillo, en el año 2013.

En relación a la fijación del inicio del cómputo para ejercitar la acción indemnizatoria, debemos de hacer mención de la Jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo sobre el *dies a quo* en relación con las instituciones del daño continuado y el daño permanente. Con base en lo anterior cabría citar un extracto de la Sentencia de 24 abril 2012, emitida por el Tribunal Supremo (Sala III de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), que nos indica:

«(...) es evidente que surgen casos en la realidad sanitaria en que ni existe auténtica curación ni la posibilidad de determinación del alcance de las secuelas; y ello bien porque la propia naturaleza de la enfermedad no permita prever la posible evolución de las mismas,

bien porque en el devenir de su desarrollo se produzcan secuelas imprevistas y no determinadas, en cuyos supuestos este Tribunal ha venido aceptando la posibilidad de la existencia de una temporánea reclamación a pesar de haberse producido la misma fuera del periodo del año desde que inicialmente se produjo el diagnóstico en atención a esa imposibilidad de determinación concreta en toda su extensión del daño sufrido. Es el supuesto de enfermedades de evolución imprevisible (...) en que la enfermedad inicialmente diagnosticada se traduce en unas secuelas de imposible predeterminación en su origen. En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento. Así lo hemos afirmado en sentencia del 31 de octubre de 2.000. A tal efecto y como señala la sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene "proclamando hasta la saciedad" (Sentencias de 8 de julio de 1993, 28 de abril de 1997, 14 de febrero y 26 de mayo de 1994, 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001, que "el *"dies a quo"* para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto" (Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos "aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad" (Sentencia de 23 de julio de 1997)».

2. En consecuencia, entendemos que la acción ejercitada, en atención a la primera intervención quirúrgica practicada en noviembre de 2009, cabría calificarla de extemporánea puesto que consiste en un daño permanente, no continuado, al haberse determinado el daño en la rotura de los tornillos. En consecuencia, el *dies a quo* para reclamar comenzaría desde el momento en el que el paciente tiene conocimiento de la posible mala *praxis* médica alegada, lo que ocurre aproximadamente dos años después de la intervención, concretamente mediante el informe de 19 de mayo de 2011 emitido por el Servicio de Radiología del Hospital (...), posteriormente confirmado por el Complejo Hospitalario Universitario, momento en el que el afectado tiene constancia de la rotura de los tornillos que le fueron aplicados durante dicha intervención, por lo que el plazo para reclamar habría concluido en el año 2012.

3. En definitiva, no ignorados por el paciente los efectos del supuesto quebranto, siendo calificado el daño como permanente desde entonces y sin que el interesado haya ejercitado acción alguna hasta la fecha de la reclamación - 24 de marzo de

2014-, no podemos entrar a valorar dicha pretensión por haber transcurrido el plazo de un año que la normativa indica.

V

1. Sobre la segunda pretensión relativa a la mala *praxis* alegada en la intervención quirúrgica practicada en septiembre de 2013, la acción ha sido ejercitada correctamente dentro del plazo establecido al efecto, y en cuanto al fondo cabría exponer previamente la documental médica obrante en el expediente. Así, el informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario, concretamente, nos indica:

«(...) se indicó nueva cirugía que se realizó mediante retirada del material previo y recolocación de otro dispositivo de artrodesis, esta vez apoyado en la vértebra L4-L5-S1 con tornillos de mayor calibre y uno de ellos colocado en el cuerpo vertebral del sacro pero extrapedicular con lo que se da por terminado el tratamiento del paciente (...).

El paciente actualmente, y a pesar del tratamiento realizado, tiene lumbociática izquierda invalidante, no resuelta a pesar de los tratamientos conservadores, la rehabilitación y las intervenciones quirúrgicas, motivo por el que se debe considerar que se trata de secuelas definitivas, si bien se sigue recomendando tratamiento con medicación adecuada para su dolor (...).

En cuanto a la actuación, según la *lex artis*, los facultativos intervinientes la realizaron correctamente debido a que inmediatamente tras el diagnóstico de la rotura y aflojamiento del material se indicó lo necesario para arreglarlo, es decir una nueva intervención quirúrgica, que el paciente aceptó (...).

En atención a la descripción quirúrgica que nos ocupa, tanto en el informe elaborado por el facultativo que interviene al paciente como en el informe clínico de alta del mismo facultativo especialista y del Jefe del Servicio de Neurocirugía, la misma consistió en una «dissección subperiostica, hasta exponer barras y tuercas de sistema previo (Sextant II), retirada de material se extrae tornillo sacro trefinado y con dispositivo UNIRA, Artrodesis pedicular L4 L5 y S1 bajo guía escópica (sistema Legacy) en el lado izquierdo S1 se coloca tornillo lateral al pedículo (por no ser viable ya). Barras laterales y corsslink y finalmente sustituto óseo posterolateral mezclado con hueso».

En consecuencia, del citado informe no se desprende anomalía alguna durante el proceso quirúrgico por lo que no podríamos llegar a coincidir con las alegaciones manifestadas por el interesado. Asimismo, en el informe de fecha 3 de octubre de

2013, elaborado por el mismo Servicio, respecto a la evolución, indica que el paciente refiere dolor intermitente controlado con medicación por vía oral, herida quirúrgica de buen aspecto, deambulando sin ayuda.

Por lo demás, obra en el expediente el preceptivo documento sobre el consentimiento informado autorizado por el paciente para dicha intervención.

En relación con el informe clínico de consultas externas del Complejo Hospitalario Universitario en el día 14 de octubre de 2013, si bien la fecha del informe es 22 de noviembre de 2013, en el apartado de evolución y comentarios nos indica que estuvo pendiente de cirugía, y en la fecha de la consulta nos confirma que ya había sido operado el 26 de septiembre de 2013 por (...), bajo diagnóstico de artrodesis L4-L5 y S1, estando actualmente mejor del dolor bajo el síndrome de espalda fallida.

También es importante señalar que el paciente, tras la intervención fue asistido por el Servicio de Rehabilitación, recibiendo el alta en fecha 22 de abril de 2014, por máxima mejoría.

2. En consecuencia, de acuerdo con la documental expuesta, resulta que actualmente no se encuentra pendiente de cirugía sino que, siguiendo el informe expuesto en las líneas anteriores, el paciente estuvo pendiente de cirugía que fue efectivamente practicada el 26 de septiembre de 2013, y que actualmente se considera que dicha cirugía fue realizada conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que el afectado haya aportado prueba alguna al expediente que pudiera llegar a desvirtuar la información médica que acredita la correcta asistencia recibida.

En el mismo sentido se pronuncia el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe, que además nos confirma, en el número 5 letra «c» en el apartado de las conclusiones, «no consta en la documentación obrante en el expediente, propuesta o inclusión en lista de espera quirúrgica para una tercera intervención».

3. Incluso, en la práctica de las pruebas testificales propuestas por el afectado se desprende de las declaraciones prestadas por los facultativos del Complejo Hospitalario Universitario que al paciente se le informó de las expectativas y posibilidades terapéuticas, se le incluyó en lista de espera quirúrgica, fue valorado por la Unidad del Dolor, que la primera intervención tuvo por objeto resolver la patología del paciente y fue correctamente realizada, y que la segunda resuelve la contingencia que se produjo como consecuencia de la rotura del material, no

constando que tras la segunda operación se haya aflojado o roto el material de osteosíntesis.

4. En definitiva, la práctica de la intervención quirúrgica que nos ocupa se realizó con el fin de reparar la rotura de tornillos producida, no existiendo con posterioridad a esta operación prueba alguna ni clínica ni radiológica que demuestre que el material de osteosíntesis haya sido implantado deficientemente por el facultativo del Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario, ni que la práctica sanitaria haya sido contraria a la *lex artis ad hoc*.

5. Independientemente de que el resultado producido en la salud del paciente haya sido o no el esperado, la intervención fue consentida por este, y el Servicio Canario de la Salud no podría garantizar la completa recuperación del afectado, pues no debe ignorarse que la prestación sanitaria es de medios y no de resultados, habiéndose probado en este caso que la atención médica recibida ha sido adecuada a la *lex artis ad hoc*, no solo en cuanto la intervención quirúrgica sino también en relación a las pruebas médicas practicadas, y al tratamiento rehabilitador al que fue sometido. Es decir, se ha actuado de acuerdo con los medios médicos y científicos disponibles y conocidos, como ha quedado acreditado.

6. Con todo, no habiendo sido demostrada la existencia del nexo causal entre el dolor soportado por el paciente y el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, no cabe imputar la responsabilidad alegada a la Administración sanitaria.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expuestas en los Fundamentos IV y V, la Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho, por lo que procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.