



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 122/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de abril de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución 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. 75/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado el 25 de febrero de 2019 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 25 de febrero de 2019) por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el solicitud y 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.

2. Resulta aplicable a Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, normativa aplicable porque la reclamación fue presentada el 19 de abril de 2017, después de la entrada en vigor de la primera de las citadas Leyes (DT3ª LPACAP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), por los supuestos daños personales sufridos por su hija en el servicio de neonatos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, 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 15.1 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 y la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la 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. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues ésta se presentó el 19 de abril de 2017. Tratándose de daños físicos el plazo de prescripción es de un año, y se computa desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (art. 67 LPACAP). En este caso, no hay curación ni tampoco una determinación definitiva del alcance de las posibles secuelas, lo que impide apreciar la prescripción del derecho reclamar, y la Administración no aprecia extemporaneidad.

### III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 de la LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

2. Constan las siguientes actuaciones:

2.1- En la reclamación inicial de 19 de abril de 2017, la interesada alega, entre otros extremos, lo siguiente:

1.- Su hija nace el 27 de septiembre de 2013. Presenta síndrome Pierre Robin. Sufre una artritis séptica, que según alega, no es tratada dado que existe un error de diagnóstico. Ello le genera una necrosis avascular.

2.- Una intervención de una fisura velo-palatina, presuntamente negligente según la reclamante, realizada por Cirugía Pediátrica, en el Hospital de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC), le genera importantes daños y secuelas. Según la Sra. G. Miteguiaga, aun asistiendo a las revisiones no se le informa del estado de la fisura por lo que debe acudir a un especialista privado, que ha de intervenirla para que la menor pueda mejorar el habla.

2.2.- Por Resolución de 24 de abril de 2017, se acuerda la realización de actuaciones previas, solicitando al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, a la vista de la historia clínica de la interesada, concrete fecha de conocimiento del alcance de las secuelas o fecha de fijación de las mismas. La interesada es notificada el 26 de abril de 2017.

El 12 de junio de 2018, se emite informe del SIP. Asimismo, el 15 de junio de 2018, se solicita información a la interesada sobre los daños ocasionados a su hija. Se recibe respuesta el 6 de julio de 2018.

Analizada toda la documentación obrante en el expediente, no se concreta, con claridad, la fecha de curación o de fijación de secuelas. Tampoco se determina qué daños son permanentes -si los hubiera- y cuáles continuados, como alega la interesada.

2.3.- Mediante Resolución del Director del SCS, de 25 de septiembre de 2018, se admite a trámite la reclamación y se solicita al SIP que, a la vista de la historia

clínica correspondiente y de los informes preceptivos pertinentes, emita informe. Dicha Resolución se notifica a la interesada con fecha 8 de octubre de 2018.

2.4.- El 19 de octubre de 2017, el SIP emite informe (folios n.º 384 y ss.) que acredita -a la vista de la historia clínica del paciente y de los informes preceptivos correspondientes- la siguiente sucesión cronológica de hechos:

- Que la madre presentó en el embarazo diabetes gestacional, en tratamiento con insulina, RH negativo, tratamiento de gammaglobulina ante D en la semana 28 de gestación, Tiroiditis de Hashimoto con tiroxina e HTA.

- En el tercer trimestre del embarazo, se diagnostica micrognatia y polihidramnios, la amniocentesis informa de microdelección de cromosoma 10 de significado incierto, con 46 cromosomas. Cesárea electiva a las 39 semanas, Apgar al minuto de 9 y a los 5 minutos de 9. Nace el 23 de septiembre de 2013.

- Peso y talla normales, aceptable estado general con fenotipo con micrognatia y glosoptosis, dificultad respiratoria, tiraje intercostal y supraesternal con quejido audible sin fonendo, fisura palatina en U, caderas laxas, resto sin complicaciones. Lo fundamental es atender a la dificultad respiratoria.

- Tras nacer, ingresa en el Servicio de Neonatología del HUNSC, dado la sospecha de síndrome de Pierre Robin (retrognatia, glosoptosis y fisura palatina). Al inicio sólo precisa oxigenoterapia en incubadora como soporte y alimentación por sonda.

- Tras 24 horas, comienza con signos moderados de insuficiencia respiratoria y se decide ingreso en UCI neonatal, intensivos. Tras 24 horas estable, empeora requiriendo intubación mecánica invasiva por múltiples cuadros de apnea. Esto ocurre a las 72 hs de nacida, con altas necesidades de oxígeno.

- Tras radiografía de tórax, se concluye que el empeoramiento se debe a una neumonía congénita, el microorganismo causante es adquirido por vía hematogena transplacentaria. Diagnóstico: Sepsis precoz, neumonía y shock, que se resuelve con tratamiento. Se realiza valoración cardiológica, que descarta patología cardíaca.

- A los ocho días de vida, tras extubación, sufre una parada cardiorespiratoria durante dos minutos, requiriendo reanimación avanzada, se recupera y estabiliza. Se le aplica tratamiento y soporte vital hasta los doce días de vida. Entonces empeora su estado general y de la función respiratoria, elevándose los reactantes de infección, los cultivos hemáticos son negativos, se halla bacteria (*Enterobacter*), se considera neumonía nosocomial. Se extuba a los diecisiete días, solicitándose previamente, valoración con Otorrinolaringología.

- También se realizan interconsultas con otros servicios implicados: Nutrición pediátrica, rehabilitación, oftalmología y otros servicios para valoración del estado general y realización de pruebas.

- A los veinticinco días de vida comienza con intentos de tomas por boca, pero debido a los defectos anatómicos propios del síndrome de Pierre Robin, no es posible. Al alta se decide nutrición por sonda con control estrecho.

- El 23 de octubre de 2013, a los veintiséis días de vida, se realiza un historial completo de la patología de la niña: Insuficiencia respiratoria hipoxémica, sospecha inicial de malformación pulmonar con hemocultivo negativo. Parada cardíaca. Anemia que necesita transfusión el 14 de octubre de 2013. Obstrucción de la vía aérea superior por micrognatia y glosoptosis (...) Edema de epiglotis. Todos los cuadros clínicos se van subsanando poco a poco.

- El 23 de octubre de 2013, ingresa en Pediatría Neonatal, procedente de UCI neonatal. Ecografía de cuello y abdomen normales.

- A los cuarenta días de vida, sufre cuadro de infección de vías respiratorias altas que se resuelve.

- El 11 de noviembre de 2013, se realiza ecografía de cadera neonatal con la conclusión de normalidad: «Se observa conformación adecuada y un buen enfrentamiento articular, la cobertura es normal en el momento actual».

- El 13 de noviembre de 2013, electroencefalograma normal.

- El 21 de noviembre de 2013, la niña tiene cincuenta y cinco días de vida, recibe el alta con controles por parte de diversos servicios.

- El 25 de noviembre de 2013 en visita a Rehabilitación, consta que es portadora de sonda nasogástrica para alimentación, está comiendo con tetinas especiales. Juicio diagnóstico: Trastorno de la alimentación, secuencia de Pierre Robin y riesgo de trastorno en el neurodesarrollo, plan diagnóstico- terapéutico: Se incluye en el programa Terapia Ocupacional (TO) en régimen ambulatorio.

- Desde el 16 de diciembre de 2013, consultas continuadas con el Servicio de Endocrinología.

- El 25 de diciembre de 2013, es atendida en Urgencias del HUNSC por cuadro de bronquiolitis. Recibe alta el 30 de diciembre de 2013.

- El 21 de enero de 2014, nuevo cuadro de bronquiolitis aguda en Urgencias de Pediatría del HUNSC.

- El Servicio de Cirugía Pediátrica anota el 9 de mayo de 2014, que ya había sido dada de alta por el Servicio de Endocrinología, con seguimiento por Traumatología por displasia de cadera y anota, a su vez: Síndrome Pierre Robin, «control en julio para programar (cirugía), al año de vida».

- El 9 de julio de 2014, sufre cuadro de bronconeumonía y broncoespasmo que es tratado convenientemente, en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

- El 15 de septiembre de 2014, es valorada por Traumatología, tras derivación del Pediatra por cadera asimétrica. Diagnóstico de sospecha: Diferencia de maduración entre los núcleos de osificación. Se solicita radiografía y posterior control. Se detecta que el núcleo de osificación de la cadera derecha es de menor tamaño.

- El 22 de septiembre de 2014, en el plan diagnóstico terapéutico se anota: «cito en enero (05/01/14) con Rx para ver evolución de su necrosis epífisis proximal del fémur».

- El 17 de noviembre de 2014, con trece meses, previo a la cirugía palatina, se observa informe del Servicio de Cirugía del HUNSC, donde se anota que el Consentimiento Informado está firmado, se realiza preanestesia y analítica, ambas bien, a la auscultación y exploración normal, refiere retrognatia, fisura palatina en U, «vuelvo a hablar despacio con la madre de la cirugía, sus complicaciones y su circuito». Ingres a mañana para cirugía programada.

- El 18 de noviembre de 2014, se realiza palatoplastia, por el Servicio de Cirugía del HUNSC, para cierre de fisura palatina en U. En el Consentimiento Informado, entre los riesgos de la intervención, se añade el síndrome Pierre Robin, dificultad de intubación, defectos en el habla, fístulas. Buena evolución y alta el 20 de noviembre de 2014. Se le cita para el 27 de noviembre de 2014.

- El 8 de enero de 2015, el Servicio de Rehabilitación informa de la evolución favorable respecto de los trastornos de alimentación oral.

- La radiografía de 12 de enero de 2015, indicada por el Servicio de Traumatología detecta necrosis avascular proximal fémur derecho (Perthes).

- El 17 de enero de 2015, ingresa en el Servicio de Pediatría del HUNSC por cuadro de gastroenteritis y deshidratación tras cuadro vómitos. Recibe el alta el 20 de enero de 2015.

- El 11 de febrero de 2015, se realiza estudio citogenético en Madrid. Anomalía en un mismo cromosoma, el 2. La anomalía estructural puede ser heredada o no.

- En informe de pediatría, de 6 de mayo de 2015, la niña con 19 meses y se anota lo siguiente: «Seguimiento por Traumatología con sospecha de enfermedad de Perthes. En seguimiento por cirugía pediátrica por pequeña fisura tras la cirugía que comenta la madre que le está cerrando bien».

- El 7 de octubre de 2015, se realiza estudio en Medicina Nuclear, solicitado por el Servicio de Rehabilitación: Osteonecrosis de cabeza femoral derecha.

- El 9 de diciembre de 2015 se anota en historia clínica: «Pendiente de estudio de toda la familia por hallazgo Arrays del gen Rett».

- El 8 de marzo de 2015, tras detectar en ecografía de cadera irregularidad epifisiaria secundaria, se solicita se evalúe con RM.

- El 13 de abril de 2016, control evolutivo de su necrosis avascular de cabeza femoral y humeral derechas y del trastorno del lenguaje secundario a secuencia Pierre Robin, por el Servicio de Rehabilitación.

- Pendiente de valoración en Barcelona para segunda opinión, por decisión materna, sobre la evolución del paladar, sigue corto e insuficiente con voz nasalizada y omisión de consonantes, marcha con aumento de la base de sustentación y cierta rotación externa secundaria, pero simétrica.

- El 24 de mayo de 2016, está en lista de espera para osteotomía varizante.

- El 8 de junio de 2016, es operada en Barcelona de paladar hendido.

- El 22 de agosto de 2016, a la exploración continúa con escape nasal, caderas con balance articular libre, marcha con sustentación y cierta rotación externa secundaria, pero simétrica.

- En noviembre de 2016, en consulta en Rehabilitación consta escape nasal leve y voz nasalizada.

- El 25 de abril de 2017, primera visita de Neumología para estudio por broncoespasmos de repetición. Juicio diagnóstico: Asma persistente moderado, estudio de asma, con radiografías y auscultación cardíaca normales.

2.5.- El 26 de noviembre de 2017, se dicta Acuerdo Probatorio, notificado a la interesada el 11 de diciembre de 2018, admitiendo las pruebas propuestas por las partes:

A. Por parte de la interesada:

- Informe pericial de médico de valoración del daño (folios 1017- 1023).

B. Por parte del SCS:

- Informe del SIP, de 18 de octubre de 2018 (folios n.º 384- 405).

- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUNSC (folio n.º 1002)

- Informe del Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica (folio n.º 483)

- Historia Clínica.

Asimismo, el 26 de noviembre de 2018 se acuerda dar audiencia a la interesada - notificado el 4 de diciembre de 2018- a fin de que en el plazo de diez días hábiles pueda acceder al expediente, retirar la documentación que precise y formular las alegaciones que estime convenientes.

Transcurrido el plazo conferido al efecto, la interesada no presenta alegaciones.

2.6.- Con fecha 15 de febrero de 2019, el Departamento de Asesoría Jurídica emite informe considerando el borrador de Resolución ajustado a Derecho.

2.7.- La Propuesta de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, relativa a la reclamación de responsabilidad patrimonial de (...) es de fecha 18 de febrero de 2019.

## IV

### 1. Requisitos de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.



- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTS -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha definido los requisitos de éxito de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración en torno a las siguientes proposiciones:

A) La acreditación de la realidad del resultado dañoso -«en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas»-;

B) La antijuridicidad de la lesión producida por no concurrir en la persona afectada el deber jurídico de soportar el perjuicio patrimonial producido. La antijuridicidad opera como presupuesto de la imputación del daño.

El criterio se recoge, por todas, en la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000, al interpretar que:

«El título de atribución concurre, así, cuando se aprecia que el sujeto perjudicado no tenía el deber jurídico de soportar el daño (hoy la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común plasma normativamente este requisito al establecer en su artículo 141.1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley (...)”). Así puede ocurrir, entre otros supuestos, cuando se aprecia que la actividad administrativa genera un riesgo o un sacrificio especial para una persona o un grupo de personas cuyas consecuencias dañosas no deben ser soportadas por los perjudicados, o cuando del ordenamiento se infiere la existencia de un mandato que impone la asunción de las consecuencias perjudiciales o negativas de la actividad realizada por parte de quien la lleva a cabo».

C) La imputabilidad a la Administración demandada de la actividad causante del daño o perjuicio. Ello supone la existencia de un nexo de causalidad entre la actividad administrativa y el perjuicio padecido.

D) La salvedad exonerante en los supuestos de fuerza mayor. A este efecto, es doctrina jurisprudencial constante la recogida por la Sala Tercera del Tribunal Supremo en la sentencia de 31 de mayo de 1999, la que establece que fuerza mayor y caso fortuito son unidades jurídicas diferentes.

E) La sujeción del ejercicio del derecho al requisito temporal de que la reclamación se cause antes del transcurso del año desde el hecho motivador de la responsabilidad.

2. Particularidades de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario: la «Lex Artis».

La Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dejó establecido que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) «que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Por lo demás, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace,

en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance; pero no puede exigírseles garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. La reclamación se centra en considerar que la hija de la reclamante tuvo artritis séptica que no fue tratada por un error de diagnóstico, lo que derivó en una necrosis avascular. Y en una presunta intervención negligente de una fisura velopalatina, de Cirugía Pediátrica, en el HUNSC, que ocasionó a su hija -según alega- importantes daños y secuelas. También se fundamenta en que asistiendo a las revisiones, no se le informa del estado de la fisura por lo que tuvo que acudir a un especialista privado, que intervino a la menor, a fin de que pudiera mejorar el habla.

A la vista de la reclamación, la historia clínica de la menor y los informes preceptivos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

1. El Síndrome Pierre Robin se caracteriza por: Micrognatia, glosptosis, obstrucción de las vías respiratorias superiores y presencia variable de paladar hendido. Presenta alta mortalidad asociada a la obstrucción de las vías respiratorias. Este síndrome también puede conllevar alteraciones y malformaciones musculoesqueléticas. En muchos casos se requieren correcciones quirúrgicas para liberar las vías respiratorias, para corregir la displasia mandibular o la posición de la lengua. La fisura palatina en forma de U, es ocasionada por la micrognatia mandibular.

2. La Necrosis aséptica de cadera es la muerte celular del tejido óseo en la cabeza del fémur a causa de un abastecimiento inadecuado de sangre. La cabeza del fémur es más propensa a sufrir estos daños. Cualquier incidencia que dañe las arterias, que alimentan la cabeza del fémur, eleva el riesgo de necrosis aséptica. Existe un tipo de necrosis aséptica, llamada enfermedad de Legg- Calvé- Perthes, que afecta a la placa de crecimiento en el extremo superior del fémur de los niños. Las causas que originan la necrosis de la cabeza femoral se desconocen. En la mayoría de

los pacientes el infarto inicial es asintomático y no es detectable clínicamente, ni con Rx simple. La enfermedad de Perthes no tiene cura ni puede prevenirse.

De acuerdo con lo expuesto, el SIP llega a las siguientes conclusiones:

1.- La menor comienza un cuadro respiratorio de interés y es ingresada en la UCI a las 24 horas de vida, rápidamente empeora y se diagnostica imagen pulmonar, por lo cual la clínica y la Rx pulmonar coinciden con el diagnóstico de neumonía congénita, origen antes del parto.

Es después de los doce días de vida cuando se diagnostica una neumonía nosocomial, o sea una segunda neumonía que sí es de causa hospitalaria, pero no se hallaron cultivos hemáticos positivos, no se diagnostica sepsis, sólo neumonía nosocomial. Se detecta el germen causante y es tratado empíricamente con buenos resultados.

El síndrome congénito que padece, la neumonía congénita que genera sepsis y su corta edad conlleva la disminución de las defensas.

Ambos procesos fueron tratados de forma pertinente y la menor cura de dichas patologías.

2.- La menor fue diagnosticada de necrosis avascular, que es una afección no de causa infecciosa, es aséptica, también llamada enfermedad de Perthes, por lo que no se acredita error de diagnóstico.

La paciente sufre un proceso evolutivo, primero laringitis, catarro vías altas y posteriormente bronquiales y broncoespasmos. Durante ese tiempo es valorada por los servicios pertinentes (Otorrinolaringología, Alergia, Pediatría, etc.).

3.- La menor no sufre sólo una fisura palatina sino una enfermedad congénita compleja, el Síndrome de Pierre Robin porque presenta una secuencia de signos y síntomas múltiples. Este síndrome no suele confirmarse hasta el momento del nacimiento. Se caracteriza por tres hallazgos fundamentales: Micrognatia (estructura mandibular pequeña), glosoptosis (retracción anormal de la posición de la lengua, que suele ser anormalmente grande lo que dificulta la respiración, la masticación y el lenguaje. Está asociado también con la malformación del techo bucal, donde puede apreciarse la presencia de fisuras u orificios) y paladar hendido.

Este síndrome produce importantes complicaciones médicas entre las que se encuentran la insuficiencia respiratoria, las anomalías digestivas o el desarrollo de otras malformaciones craneofaciales.

De todo lo anterior se desprende, según el informe del SIP, que las anomalías comentadas en cara- boca- cabeza, la insuficiencia respiratoria, etc., son debidas a su patología congénita. Son importantes las adaptaciones respiratorias y gastrointestinales para evitar complicaciones médicas, potencialmente mortales, ya que presenta una alta mortalidad. No existe cura para este síndrome, sólo el abordaje quirúrgico para corregir algunas alteraciones, fundamentalmente craneofaciales. Del síndrome puede derivar malformaciones femorales y anomalías de cadera, obstrucción de las vías respiratorias y dificultades en el lenguaje.

4.- El 18 de noviembre de 2014, se realiza palatoplastia y veloplastia, El Jefe de Cirugía Pediátrica anota: «Paladar corto residual con escape nasal, por amplitud del cavum oral, siendo este el aspecto de muchas palatoplastias realizadas en este tipo de patología». Estos pacientes requieren «varias intervenciones quirúrgicas para alargar el paladar corto congénito y residual postquirúrgico, a partir de los 6 y 12 meses de edad». Por tanto, se informa a los familiares que los pacientes necesitan tratamiento quirúrgico adecuado a lo largo de su desarrollo.

Tras la segunda intervención a la que se sometió la menor en Barcelona, continuaron sus problemas fonatorios, con el escape nasal previamente existente, para lo que sigue tratamiento logopeda, instaurado ya previamente en el HUNSC. En Barcelona también advierten a los familiares que si persisten los problemas de rinolalia (alteración u omisión en la articulación de algunos sonidos), se indicaría nueva intervención a los siete años de edad, exactamente lo mismo que se hace por parte del SCS.

La cirugía en Barcelona es en junio de 2016 y en agosto de 2016, el Servicio de Rehabilitación del HUNSC escribe en la clínica que: «persiste escape nasal. Por lo tanto la paciente probablemente necesite nueva intervención quirúrgica». En el Consentimiento Informado, entre los riesgos de la intervención, se añade el síndrome Pierre Robin, dificultad de intubación, defectos en el habla, fistulas. Buena evolución y alta el 20 de noviembre de 2014.

A la vista de todo lo anterior, el SIP concluye que la asistencia sanitaria prestada a la menor ha sido ajustada a la *lex artis* en todo momento.

Es por lo que, no existiendo error de diagnóstico, ni demora en el tratamiento, ni habiéndose acreditado infracción alguna de la *lex artis*, no cabe apreciar daño antijurídico indemnizable, dado que las dolencias de la menor son consecuencia de

las patologías que padece y no de la actuación sanitaria que, en todo momento ha sido rigurosa, continua y diligente.

La Propuesta de Resolución, a la vista del informe del SIP, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, sobre la base de que no ha habido incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, sino complicaciones derivadas de una enfermedad congénita.

4. Pues bien, aunque el informe médico aportado por la reclamante insiste en la idea de que la necrosis avascular tiene un origen infeccioso y hace referencia a una deficiente intervención quirúrgica de palatoplastia y veloplastia, nos parece más convincente el informe del SIP, que atribuye todos los padecimientos de la menor al Síndrome Pierre Robin y a la enfermedad de Perthes, sobre todo si tenemos en cuenta que no nos consta la especialidad del médico que realiza el informe contradictorio ni su experiencia médica y que tras la segunda intervención de la menor en Barcelona para alargar su paladar sigue presentando los mismos problemas previos, quedando anotado en su historia clínica la necesidad de nueva intervención quirúrgica. Todo apunta a que las dolencias de la menor no obedecen a una conducta antijurídica derivada de una mala praxis médica, sino a una patología congénita de base, que se manifiesta en múltiples complicaciones no resueltas por la medicina en el actual estado de la ciencia médica.

Teniendo en cuenta tales argumentos procede desestimar la reclamación formulada, tal como recoge la Propuesta de Resolución.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, relativa a la reclamación de responsabilidad patrimonial de (...), por la que se desestima la misma, es conforme a Derecho.