



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 7 7 / 2 0 2 2

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de marzo de 2022.

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. 12/2022 IDS)\**.

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

### I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. En concreto, se trata de analizar la reclamación presentada por (...) a raíz de la atención sanitaria que se dispensó en el «*Hospital Universitario (...)*», centro sanitario privado que mantiene concierto con el Servicio Canario de la Salud para la prestación del servicio especializado de Urología.

2. La reclamante solicita una indemnización de 40.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por 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 Autónoma, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 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.

Por su parte, 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en adelante, LRJSP-].

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Asimismo, se encuentra legitimado pasivamente el centro sanitario privado en donde fue dispensada la prestación médica a la paciente -por cuenta del Servicio Canario de la Salud a través de la figura del concierto sanitario-.

Como se ha manifestado en numerosos Dictámenes de este Consejo Consultivo (31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros), 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, pertenecen al género del contrato administrativo típico 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 la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, junto a éste, está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado. Estas razones explican que el instructor lo haya llamado al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado- y le haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), circunstancia ésta que no es puesta en entredicho por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

6. 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 LPACAP. No obstante, aún 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).

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada LPACAP; la LRJSP; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

## II

1. La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la

Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el centro concertado «Hospital Universitario (...)» de Puerto de la Cruz.

A este respecto, la perjudicada señala lo siguiente en su escrito de reclamación inicial -folios 1 a 5:

*«Primero -Que con fecha 19 de mayo de 2017, se me detecta en el Centro Ginecológico (...) gran mioma uterino, haciéndose necesaria la cirugía al objeto de practicar una histerectomía abdominal. Puesto en conocimiento de mi médico de cabecera, soy remitida el (sic) Hospital Universitario de Canarias que considera la necesidad urgente de llevar a cabo esta cirugía.*

*Por parte del Servicio Canario de Salud, se me deriva a la clínica concertada "(...)" del Puerto de la Cruz, siendo intervenida él 14 de noviembre de 2017, por la doctora (...), colegiada número (...). Según diagnóstico de la referida facultativa, se observa Leiomiomas uterinos, adenomatosis, endometrio secretor, Cervicitis crónica con metaplasia escamosa y quistificación glandular. Soy dada de alta el 17 de noviembre de 2017, teniendo prevista la retirada de puntos el 24 de noviembre de 2017.*

*Que, durante los días de reposo anteriores a la cita concertada para la retirada de los puntos de sutura, tuve constantes y abundantes pérdidas de orina, además de una infección que motivó que acudiera al centro hospitalario donde fui intervenida. Si bien en un primer momento no dieron importancia a mis síntomas post operatorios, ante mi insistencia, fui valorada nuevamente por la doctora que realizó la intervención, (...), quien, después de realizar las pruebas de rigor, determina con fecha 12 de diciembre de 2017 que se me ha generado una FISTULA VESICO VAGINAL, determinando que se debe contactar con la dirección médica y urología y que el centro hospitalario que realizó la intervención, (...), NO ASUME LA NUEVA PATOLOGÍA E INTERVENCIÓN, siendo remitida al Hospital Universitario de Canarias para su valoración y tratamiento. Por parte del (...) jamás se me ha dado mayor explicación de las razones por las que no se asume la nueva operación, a pesar de la consideración de urgencia que posee, al invalidarme para realizar una vida normal, propia de una mujer de 43 años.*

*Con fecha 3 de enero de 2018, la doctora (...), consciente de la urgencia de mi operación, solicita, encarecidamente, agilizar la citación ante el HUC dados los problemas asociados a su complicación desde el mes de noviembre, (infecciones urinarias de repetición, problemas psicológicos, dificultad para salir del domicilio y uso de pañales de modo constante).*

*Que, desde el mes de diciembre de 2017, deambulé entre el Hospital del Norte y el HUC, donde tras ser vista por el urólogo Doctor (...), se me dice que mi problemática podría verse agravada si alguna de las constantes infecciones que padecía pudieran afectar al riñón, lo cual, según se me refiere, no es nada imposible. Que dadas las complicaciones que pueden*

*surgir si no se procede a la intervención de la fistula vesico vaginal, mi preocupación no solo se limitaba a la imposibilidad para realizar una vida sin limitaciones, sino que se extiende a la posibilidad de una insuficiencia renal.*

*Ante lo insostenible de la situación y la dejación a la que fue sometida por parte de los servicios sanitarios, interpongo queja ante este servicio el 1 de agosto de 2018 y ante el Diputado del Común, exponiendo el texto que ahora es objeto de esta reclamación patrimonial por el mal funcionamiento del servicio público.*

*Tras la queja interpuesta y la situación de frustración que venía padeciendo, (téngase en cuenta que a mis 43 años llevaba más de 7 meses usando pañal, con continuas infecciones y con la humillante sensación de sentirme sucia de orín de modo constante), soy atendida por el Sr. Director del Área de Salud de Tenerife, (...), quien ha sido el primer responsable médico que muestra empatía con mi situación, preocupándose porque fuera atendida por el centro (...) del Puerto de la Cruz. Así pues, con fecha 30 de agosto de 2018 remite comunicación al centro hospitalario concertado donde lo instan con carácter urgente a realizarme la operación. Pese a esta primera comunicación, el Centro (...) no muestra interés en mi operación hasta que es instada por una segunda vez por el director del área de Salud de Tenerife.*

*Que vuelvo a ser citada por la doctora que me practicó la intervención que me degeneró la fístula vesico vaginal, (...), quién me refiere que me iba a operar el Urólogo, doctor (...), de la operación que hasta ahora se negaban a hacerme en este centro hospitalario.*

*Con fecha 17 de octubre de 2018 soy intervenida por primera vez de la fistula vesicovaginal, recibiendo el alta hospitalaria el 22 de octubre de 2018. Con fecha 5 de noviembre de 2018 vuelvo a ingresar en quirófano para la extracción del doble J bilateral. Me ha sido dada el alta definitiva el 10 de abril de 2019 por el doctor (...)*

*Segundo. - Que desde la intervención que me ocasionó la fistula vesicovaginal el 14 de noviembre de 2017 y hasta el pasado mes de diciembre de 2018 he estado completamente impedida para realizar una vida normal. A mis 43 años y como consecuencia de la operación ha cambiado de modo brusco y frustrante mi vida, dado que he pasado de tener una vida autónoma a depender de un pañal, a miccionar involuntariamente y a sufrir constantes infecciones vaginales. A pesar de no poder ejercer mi trabajo, me vi obligada a solicitar la alta voluntaria, pues corría riesgo mi puesto de trabajo, lo cual hizo aún más insoportable mi día a día, toda vez que debía acudir a mi centro de trabajo con pañal, con las consecuencias que ello acarrea desde un punto de vista físico y psicológico. La situación ha mermado mi vida personal y familiar, dado que me veo imposibilitada para mantener una relación íntima como mi esposo y una dedicación plena a mis hijos. Huelga decir que, como consecuencia de la operación se me han ocasionado una grotesca cicatrices (sic) que me inhiben el lívido (sic) sexual al no encontrarme plena con mi cuerpo. Todas estas circunstancias me han provocado*

*crisis emocionales, toda vez que, a los 43 años, me siento como si tuviera ochenta, teniendo la sensación de inutilidad social.*

*Que quien suscribe, no tiene medios económicos para costearse la operación de cirugía reconstructiva, ni mucho menos la compra de los parches para la cicatrización.*

*Por la negligencia y falta de cuidado debido, así como por la falta de atención en el post operatorio y exoneración de responsabilidades, se me ha ocasionado un perjuicio vital que ha frustrado mi estabilidad psíquica y emocional. Es por ello por lo que estoy requiriendo ayuda profesional, aportando informe psicológico en la marcha de este procedimiento, sin perjuicio del que se interese como prueba pericial».*

2. Sobre la base de esa mala praxis médica citada anteriormente, la perjudicada plantea una reclamación indemnizatoria cuya cuantía se cifra en 40.000 €.

### III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1.- Mediante escrito con registro de entrada de 14 de junio de 2019 se insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a la reclamante en un centro sanitario privado concertado por la Administración Pública.

2.- Con fecha 18 de junio de 2019 se requiere a la interesada a fin de que mejore y subsane la reclamación formulada.

No consta, entre la documentación obrante en el expediente remitido, que dicho requerimiento haya sido cumplimentado por la interesada.

3.- Mediante Resolución de 26 de agosto de 2019 de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada por (...), acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la Resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio, que pusiera fin al expediente de responsabilidad patrimonial.

Dicha resolución consta debidamente notificada a la reclamante y al centro sanitario privado.

4.- Con fecha 27 de agosto de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP), referido a la asistencia sanitaria prestada a la Sra. (...) (art. 81.1 LPACAP).

Dicho informe es evacuado el día 30 de septiembre de 2021.

5.- Con fecha 7 de octubre de 2021 se requiere a la interesada para que, en el plazo de 30 días, aporte: a) Informe pericial al que hace referencia en su escrito de reclamación inicial; y b) Nombre de los testigos y pliego de preguntas a los que deben dar respuesta cada uno de ellos.

Una vez transcurrido el plazo conferido a tal efecto, la reclamante no formula alegaciones ni presenta documentación alguna.

6.- El día 26 de noviembre de 2021 se dicta acuerdo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada e incorporando -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración en periodo de instrucción.

Asimismo, y con idéntica fecha se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose a los interesados un plazo de diez días para que pudieran formular alegaciones y presentar los documentos que estimasen procedentes.

Ambos acuerdos constan debidamente notificados a la reclamante y al centro sanitario concertado.

7.- La interesada presenta escrito de alegaciones ante el Servicio Canario de la Salud el día 13 de diciembre de 2021.

8.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en el Antecedente de Hecho cuarto de la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo), al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

9.- Con fecha 17 de enero de 2022 se emite Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se estima

parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...).

10.- Mediante oficio de 18 de enero de 2022 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo ese mismo día), se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

## IV

1. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación efectuada por (...), al entender el órgano instructor que concurren los requisitos exigibles para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. En concreto, al constatarse un retraso injustificado en la dispensación de las atenciones médicas necesarias -intervención quirúrgica de la fístula vesicovaginal- a la paciente.

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«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”.*

*Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».*

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada *«Lex artis ad hoc»*.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala 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».*

Además, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«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».*

De esta doctrina jurisprudencial se desprende 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 la de 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.

En este mismo sentido se ha decantado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

*«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiéndose como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.*

*En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.*

*Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.*

*Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”. Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».*

4. Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

*«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (“semper necesitas probandi incumbit illi qui agit”) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega (“ei incumbit probatio qui dicit non qui negat”) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (“notoria non egent probatione”) y los hechos negativos (“negativa non sunt probanda”). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».*

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo,

*pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».*

Finalmente, y como también ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

5. Trasladadas las precedentes consideraciones al supuesto de hecho objeto de este Dictamen, se hace preciso señalar lo siguiente.

5.1. Respecto a la primera de las intervenciones quirúrgicas («*intervención quirúrgica de histerectomía por útero miomatoso*») practicadas en el centro sanitario concertado -«(...)»- el día 13 de noviembre de 2017, y una vez examinado el contenido del expediente administrativo, se constata que la reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc* [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)].

De esta manera, se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en este concreto extremo. Y es que, como ya quedó apuntado anteriormente, la obligación del profesional sanitario es de medios y no de resultados; es decir, su obligación es la de prestar la

debida asistencia médica, y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo. De tal manera 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»*.

La reclamante no aporta pruebas que fundamenten la existencia de mala praxis en la intervención que se le realizó; sin embargo, la corrección de la actuación médica desde el prisma de la *lex artis* queda evidenciada en los diversos informes obrantes en las actuaciones.

Así, en el informe elaborado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología de (...), de 10 de julio de 2020, se indica lo siguiente -folio 485-:

*«El 13 de noviembre del 2017 ingresa a quirófano con el diagnóstico de útero miomatoso gigante. Mediante incisión infra umbilical media se procede a histerectomía abdominal simple reglada, dificultosa por tamaño y poca movilidad del útero, el acto quirúrgico procede sin complicaciones y se envía pieza a anatomía patológica.*

*Su postoperatorio cursa dentro de la normalidad con herida quirúrgica en buen estado, sin sangrado vaginal ni otra sintomatología por lo que es dada de alta el 17/11/17 sin complicaciones.*

*Regresa a nuestro centro para retirar puntos el 24/11/17. Pendiente de valoración postquirúrgica»*.

Por su parte, el SIP señala lo siguiente en su informe de 30 de septiembre de 2021 -folios 26 y ss.-:

*«A.- (...) paciente mujer (...) que el 04.09.17 por el Servicio de Ginecología del HUC es incluida en lista de espera para intervención quirúrgica de histerectomía por útero miomatoso.*

*En programa de gestión de lista de espera es derivada a (...).*

*B.- Tras realizar pruebas preoperatorias, ingresa con carácter programado el día 13 de noviembre de 2017.*

*Consta suscrito documento de consentimiento informado para histerectomía. Entre las complicaciones específicas de la histerectomía (3.e) figuran las fístulas vesico vaginales.*

*Se somete a intervención quirúrgica con facultativos del centro concertado, mediante laparotomía media infraumbilical y no consta incidencia alguna. Es alta hospitalaria el 18.11.17».*

Así pues, de lo actuado en el expediente administrativo se constata que la primera de las intervenciones quirúrgicas (histerectomía abdominal por útero miomatoso gigante) no sólo estuvo correctamente indicada -en función de la valoración, exploración y pruebas complementarias-, sino que, además, se practicó con arreglo a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, sin que quepa apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por este concepto.

5.2. En lo que se refiere a la fístula vesicovaginal sufrida por la paciente tras la práctica de la primera intervención quirúrgica, resulta oportuno indicar lo siguiente:

Este riesgo -fístula vesicovaginal- derivado de la intervención quirúrgica practicada a la paciente para tratar sus padecimientos previos («útero miomatoso gigante»), era una circunstancia perfectamente conocida y asumida por ésta como posible, con carácter previo a dicha actuación médica, a través de la firma del correspondiente documento de consentimiento informado.

En este sentido, es importante reseñar lo expuesto por la Propuesta de Resolución en su Fundamento de Derecho sexto:

*«Respecto a la fístula vesico-vaginal, la paciente era conocedora del riesgo de que esta complicación se produjera al someterse a la intervención. Y ello debido a que, con carácter previo a la misma, firmó el Documento de Consentimiento Informado (DCI), cuyo apartado 3 e) recoge de forma literal que dentro de las complicaciones específicas de la histerectomía se encuentra “Fístulas vesicovaginales e intestinales”. (...) . Por tanto, conocido el riesgo de una intervención indicada y debidamente ejecutada conforme a la lex artis, la fístula vesicovaginal no constituye un daño antijurídico».*

En idénticos términos se pronuncia el SIP en su informe de 30 de septiembre de 2021. Así, y respecto a la intervención quirúrgica practicada el 13 de noviembre de 2017, se indica que *«consta suscrito documento de consentimiento informado para histerectomía. Entre las complicaciones específicas de la histerectomía (3.e) figuran las fístulas vesico vaginales»* -folio 27 en relación con el folio 443-. Y es que *«entre las complicaciones quirúrgicas de las cirugías ginecobstétricas se encuentran las Fístulas vesico-vaginales, provocadas fundamentalmente por la proximidad y relación estrecha entre la vagina, cuello uterino y vejiga, de ahí que hasta en las*

*manos más expertas puede producirse esta complicación, y que por ello están referenciadas en el documento de Consentimiento Informado».*

Asimismo, el Servicio de Obstetricia y Ginecología de (...) corrobora que «se explicó el procedimiento quirúrgico con sus posibles complicaciones» y «se obtuvo el consentimiento informado firmado (...)».

Respecto a la figura del consentimiento informado este Consejo Consultivo mantiene una doctrina consolidada, expuesta entre otros muchos en el Dictamen 542/2020, de 17 de diciembre, con cita del Dictamen 492/2020, de 25 de noviembre.

Pues bien, en el presente caso no consta acreditado -ni la reclamante aporta prueba alguna en este sentido-, que la intervención quirúrgica (histerectomía de útero) se practicara mediando negligencia o mala praxis por el cirujano que la llevó a cabo. Sí se constata, por el contrario, que la fístula vesicovaginal presente durante la fase postoperatoria es una complicación posible de la técnica quirúrgica empleada, que se concretó en la paciente a pesar de que el acto médico fuera correctamente realizado.

Así pues, los padecimientos físicos que se alegan en el presente caso -«*fistulas vesicovaginales*»- son la materialización de un riesgo cuya posibilidad de concreción la paciente aceptó debidamente informada de su existencia. El consentimiento informado (arts. 4, 8 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga a la paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. La paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la operación, asumió también los riesgos cuya concreción resultaba posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El consentimiento informado de la paciente hace recaer sobre ella la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, esas complicaciones no tienen el carácter de antijurídicas y, por ende, no son indemnizables según el art. 34.1 LRJSP.

Como ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en diversos dictámenes (v. Dictamen 126/2017, de 20 de abril, entre otros), « (...) *los posibles daños iatrogénicos de un tratamiento médico o derivados de la plasmación de sus riesgos conocidos no están causados por la asistencia sanitaria correcta. Respecto a ellos los arts. 4, 8 y 10 LAP exigen que se informe al paciente con carácter previo a toda intervención médica*

*a fin de obtener su consentimiento a ella, consentimiento previo que el paciente ha de prestar por escrito en los supuestos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Si los facultativos no proceden así, ello constituiría una infracción de la lex artis; por lo que, si se produce un daño iatrogénico, estarían obligados a responder patrimonialmente por sus consecuencias.*

*Las lesiones que se alegan son la materialización de riesgos iatrogénicos cuya posibilidad de concreción el paciente aceptó debidamente informado de su existencia. El consentimiento informado (arts. 8 y 10 LAP) constituye uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar los daños derivados de un acto médico correcto. El paciente, en cuanto asumió los beneficios que pudieran derivarse de la operación, asumió también las consecuencias dañosas de la eventual realización de los riesgos que comportaba. El consentimiento informado del paciente hace recaer sobre él la carga de soportar los daños que puedan producirse, bien porque el tratamiento es infructuoso, bien porque, aun alcanzando el resultado perseguido, se producen efectos perjudiciales secundarios. Por esta razón, esas lesiones no tienen el carácter de antijurídicas y, por ende, no son indemnizables según el art. 141.1 LRJAP-PAC».*

En definitiva, constituyendo la fístula vesicovaginal la materialización de un riesgo iatrogénico, cuya posibilidad de concreción la reclamante aceptó debidamente informada de su existencia en el documento de consentimiento informado rubricado por aquélla, se concluye que tales daños iatrogénicos no resultan indemnizables al amparo del art. 34.1 LRJSP.

5.3. Hechas las anteriores consideraciones respecto a la intervención quirúrgica practicada el día 13 de noviembre de 2017 y la materialización de uno de los riesgos iatrogénicos recogidos en el documento de consentimiento informado rubricado por la paciente, procede analizar el tratamiento que el servicio médico proporcionó a la reclamante a partir de aquella intervención.

A este respecto, se ha de indicar que el órgano instructor reconoce la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración como consecuencia del retraso injustificado en la prestación de la asistencia sanitaria requerida por la paciente («reparación quirúrgica de la fístula vesicovaginal»). Y lo hace en los siguientes términos -Fundamento de Derecho sexto, apartado segundo-:

*«El SIP expone en su informe que las condiciones económicas aplicables a los contratos/conciertos para la prestación de asistencia sanitaria entre (...) y el Servicio Canario de la Salud, según documento fechado en 2013, vigente hasta la actualidad, contempla en el precio que se establece por cada uno de los procedimientos quirúrgicos, en*

*este caso histerectomía abdominal total, incluidos entre otros: “ (...) \*Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en la fase preoperatoria como en la intervención quirúrgica propiamente dicha y en el postoperatorio. \*Las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con el proceso que motivó su ingreso (...)”.*

*Por ello, no parece justificarse que, una vez presentada la complicación, descrita por otra parte en el documento de consentimiento informado, en un centro que dispone de la especialidad de Urología se haya derivado a la paciente al HUC.*

*(...)*

*En este caso no se produjo un agravamiento de la fístula vesico-vaginal de la reclamante, y tampoco existía una prioridad alta para someterse a la intervención, pero es indudable que el retraso en su realización alargó injustificadamente los padecimientos producidos por la misma».*

Afirmaciones que se comparten por este Consejo Consultivo. Y es que la puesta en práctica de los conciertos sanitarios, los eventuales conflictos de interpretación respecto al contenido de las obligaciones asumidas por las partes firmantes y, en general, cualquier desavenencia y/o descoordinación entre los suscriptores de tal acuerdo no debieran repercutir en la calidad del servicio público sanitario prestado. Si pese a ello, se produce un retraso injustificado en la prestación del servicio sanitario por tales circunstancias, de tal manera que la asistencia médica se demora más allá de los límites de lo tolerable en atención a la circunstancias concurrentes en cada caso, afectando sustancialmente a la autonomía y/o calidad de vida de la paciente, dicha dilación y sus consecuencias negativas para la salud habrán de ser convenientemente resarcidas.

Y es que, como ha tenido ocasión de señalar la doctrina jurisprudencial (Sentencia de 29 de septiembre de 2016, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares, con cita de las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2011 y 30 de abril de 2013), « (...) la responsabilidad de las administraciones públicas es de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa, se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria».

En el supuesto ahora analizado se constata la existencia de un retraso en la práctica de la cirugía reparadora de la fístula vesicovaginal (que el SIP cifra en 159 días); motivado por la negativa injustificada del centro sanitario privado a hacerse cargo de la prestación médica postoperatoria a la que viene obligado en cumplimiento del concierto sanitario suscrito con el Servicio Canario de la Salud (tal y como se indica en el informe del SIP); lo que ha generado en la paciente unas incomodidades y padecimientos que, excediendo de los límites de lo tolerable, han repercutido negativamente y de forma innecesaria en su calidad de vida.

En atención a estas circunstancias, y compartiendo el criterio expuesto por la Propuesta de Resolución -favorable a la indemnización de los daños irrogados a la paciente como consecuencia del retraso injustificado en la realización de la cirugía reparadora: *«en este caso no se produjo un agravamiento de la fístula vesico-vaginal de la reclamante, y tampoco existía una prioridad alta para someterse a la intervención, pero es indudable que el retraso en su realización, alargó injustificadamente los padecimientos producidos por la misma»*- se entiende que procede el resarcimiento de los daños irrogados a la paciente derivados de la demora injustificada en la dispensación de la asistencia médica postoperatoria necesaria (cirugía reparadora de la fístula).

6. Respecto a la cuantía indemnizatoria reconocida en la Propuesta de Resolución se han de formular las siguientes observaciones.

En primer lugar, se entiende que la indemnización reconocida a la interesada, en concepto de *«perjuicio personal básico»* [art. 136 del Texto Refundido de la Ley de responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, en la redacción dada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (TRLRCVM) - normativa aplicable con carácter orientativo a los casos de responsabilidad patrimonial de la Administración, tal y como tiene reconocido unánimemente la jurisprudencia-], resulta insuficiente, por cuanto no supone el resarcimiento efectivo de los daños irrogados a la paciente en su autonomía y/o desarrollo personal [*«indemnización por pérdida temporal de calidad de vida»* a la que se refieren los arts. 134.3, letra b), 137, 138 y 139 TRLRCVM]. Por ello dichos daños -alegados por la reclamante y debidamente acreditados en el expediente- habrán de ser convenientemente valorados y resarcidos.

Distinto tratamiento han de merecer los daños psicológicos alegados por la reclamante. Y es que, a falta de prueba acreditativa de su existencia (pese a ser requerida por la Administración sanitaria a tal fin), aquéllos no habrán de ser indemnizados.

Finalmente, se ha de recordar que, en virtud de lo establecido en el art. 34.3 LRJSP, la cuantía indemnizatoria se deberá de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública, se entiende que es conforme a Derecho, sin perjuicio de las observaciones formuladas en el Fundamento IV de este Dictamen en relación al alcance de la indemnización debida.