



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 3 / 2 0 2 4

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de febrero de 2024.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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 (...), en nombre y representación de su hijo menor (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 574/2023 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 la Secretaría 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.

2. Ha de advertirse que, si bien la reclamante no cuantifica la indemnización solicitada (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración sanitaria ha solicitado el presente dictamen; por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (v.gr., Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre).

Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, 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. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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.

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

5. 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. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

6. En lo que respecta a la legitimación -activa y pasiva-, procede efectuar las siguientes consideraciones.

6.1. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo el reclamante la condición de interesado al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

En este sentido, se ha de señalar que la reclamación extracontractual de la madre -(...)- se realiza en defensa e interés de los derechos de su hijo menor de edad -(...)-, al haber sufrido un daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP]; y ello al amparo de las facultades de representación que le confiere legalmente el art. 162 del Código Civil a los padres que ostenten la patria potestad respecto a sus hijos menores de edad no emancipados.

6.2. Por otro lado, corresponde al Servicio Canario de la Salud la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción, toda vez que la reclamación se presentó el 25 de mayo de 2020 respecto a unos hechos cuyas secuelas están aún por determinar (art. 67.1 LPACAP). Extremo éste que no es cuestionado por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

8. 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).

II

1. La reclamante promueve 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 dispensada a su hijo menor de edad en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -en adelante, HUC-.

A este respecto, y como se indica en la Propuesta de Resolución, la interesada expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«1.- Que, con fecha 5 de diciembre de 2018, (...) con cuatro meses de edad y 6.7 kilos en ese momento, acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), remitido por su pediatra del Centro de salud de San Benito diagnosticado de bronquiolitis.

Se decide su ingreso en planta, siendo el motivo de ingreso proceso respiratorio agudo que precisa terapia nebulizada y oxigenoterapia. Se decidió dar el alta al cuarto día sin cumplir el criterio de estar 24 horas sin necesidad de oxigenoterapia y presentando tiraje sub e intercostal, basándose en que tiraje que presentaba podría deberse a la forma de respirar del bebe según le informan a la madre y comunican la necesidad de camas por lo que, proceden a dar el alta al paciente.

Este primer ingreso no se realiza ningún tipo de prueba complementaria que un aspirado nasofaríngeo y es diagnosticado por bronquiolitis aguda.

Tras este primer ingreso el lactante nunca se recuperó del todo, mantenía la tos húmeda y la mucosidad en la nariz, teniendo que seguir durante todo el mes con el tratamiento y fármacos recetados y visitas continuadas en su centro de salud.

2.- Tras no existir mejoría e incluso observar que con los días empeora, se acude el 5 de enero de 2019 al servicio de Urgencias del HUC, siendo el motivo de la consulta tos y mocos. Se diagnostica catarro de vías altas, tiraje leve y se da el alta sin realización de ningún tipo de prueba complementaria. Se mantiene tratamiento de Salbutamol.

3. - El 7 de enero del mismo año y no viendo mejoría, se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC, por empeoramiento de tos húmeda asociado a vómitos con restos de mucosidad. Las ingestas comienzan a disminuir, desde este momento. Se observa tiraje subcostal. Se pasa de diagnosticar un catarro de vías altas a diagnosticar una Bronquiolitis aguda leve. Se da nuevamente alta sin realización de prueba complementaria y se mantiene el salbutamol.

4. - El 5 de febrero de 2019 se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC, motivo, fiebre alta 39.3, mucosidad nasal persistente desde el primer ingreso del 6 del de diciembre de 2018 y tos. Su pediatra del centro de salud además del tratamiento continuado de Salbutamol le recetó Budesonida Inhalada.

Se observa taquipnea y discretas sibilancias en la auscultación. Se diagnostica virosis y se da el alta a pesar de la persistencia de la taquipnea y sibilancias, basándose únicamente en mejorar la fiebre con paracetamol.

5.- El día 2 de abril de 2019, debido al estado continuo y sin mejoría y con empeoramiento del paciente, se acude nuevamente al Servicio de Urgencia del HUC, es ingresado en planta el día 3 de abril de 2019, por tos, mucosidad, febrícula, dificultad respiratoria.

A pesar de la insistencia de los padres de que su hijo no presenta ninguna mejoría sino empeoramiento desde su primer ingreso, y solicitar que sea observado en planta por un neumólogo, y que se le haga prueba complementarias como una radiografía torácica, siendo la respuesta de los facultativos, que ya se citaría telefónicamente a los padres más adelante, para la realización de la radiografía, cita con el neumólogo pediátrico y analítica, siendo la única prueba complementaria realizada en planta un aspirado nasofaríngeo.

Se le da el alta, tras cuatro días de ingresos, y sin que haya pasado 24 horas sin necesidad de oxigenoterapia, al igual que el primer ingreso. Se decide tratar la posible bronquitis bacteriana persistente con Amoxicilina - Clavulánica, sin realizar previamente un cultivo ni antibiograma y poder así efectuar una adecuada terapéutica.

6.- El 20 de abril de 2019, doce días del último ingreso hospitalario, el paciente acude a las 14:35 horas acompañado de sus padres al Servicio de Urgencias del HUC, el niño presentaba ya una grave dificultad respiratoria, con bastante mucosidad nasal tos húmeda y

fiebre de hasta 38,2° C. sin apetito, fue reduciendo sus ingestas gradualmente desde el primer ingreso, hasta el punto de comer lo necesario para mantenerse consciente. No se realiza ningún tipo de prueba complementaria por considerar que no se precisaba en el momento actual, a pesar del trabajo respiratorio, tiraje y hundimiento de costillas que presentaba el menor de 8 meses y de solicitar los padres la realización de una radiografía de tórax.

Se administra paracetamol, estilsona, Salbutamol nebulizado, y metamizol por la persistencia de la fiebre. Se diagnostica bronquitis aguda moderada y se da el alta a la 2.04 de la madrugada.

7.- El día 21 de abril de 2019, a las 10:31 horas, los padres regresan con el paciente en brazos, al HUC, el paciente estaba cansado, con mucha dificultad respiratoria, sin ingestas, y dormido la mayor parte del tiempo, se le exigió nuevamente la realización de pruebas complementarias a los facultativos, las cuales no se consideraron necesarias, a pesar de la no realización de ninguna prueba complementaria se diagnostica sospecha de neumonía vírica bronquitis aguda moderada secundaria.

8. - Le dan el alta al paciente el 22 de abril a las 0:48 horas de la madrugada, a pesar de sufrir desaturación de hasta 91% despierto y del tiraje que califican supuestamente como leve, y ello basándose en el domicilio cercano de los padres y que eran padres entrenados. Se va a casa sin ningún tipo de variación en su medicación que se mantiene en sus pufs de budesonida, salbutamor, estilsona y paracetamol.

9.- El 22 de abril de 2019, los padres desesperados sin saber dónde acudir con su hijo, observando su avanzado empeoramiento, y tras la omisión, de los facultativos del HUC, acuden desesperadamente a un médico privado, quien valora al menor, receta amoxicilina y advierte acudir al complejo hospitalario en las próximas horas de forma urgente si no hay mejorías.

10. - Dado el estado de gravedad que presentaba él bebe de ocho meses, se acude el 23 de abril a las 7.30 horas de nuevo al Servicio de Urgencia del HUC, se vuelve a diagnosticar bronquitis aguda grave e insuficiencia respiratoria secundaria aguda. Los padres exigen con notorio enfado que se le realice una radiografía de tórax, para descartar una posible neumonía y ver el estado de los pulmones del menor, así como que fuera examinado por un neumólogo lo cual se había solicitado en numerosas ocasiones, negándose a su realización, y justificándose en que ya me darían cita telefónicamente para realizar las pruebas y posterior consulta con el neumólogo, en los informes se recalca que él bebe ya tenía cita con neumólogo para el mes de junio, pero esa cita la consiguieron los facultativos del servicio de Urgencias el día 22 de abril cuando estuvo en observación y por las exigencias de la madre.

Se pasa a una cama en observación y comienzan como, en las demás ocasiones, con el tratamiento de tres nebulizaciones en una hora. Tras ser revisado por los facultativos,

incluso se dirigen al familiar que en ese momento acompañaba al bebe de ocho, diciendo que notaban mejoría y que posiblemente le darían el alta en unas horas.

Desde las siete y media de la mañana hasta las cuatro horas de la tarde el paciente paso las horas en la cama de observación a base de nebulizaciones con dificultad respiratoria e hipoxemia, precisando oxigenoterapia con FI02 hasta 50%, totalmente decaído, sin procesar ningún tipo de alimentación desde días atrás. Por lo que tras mantenerlo en este estado todo el día se decide su ingreso en UCIP a las 16:00 horas aprox.

Cuando ya el paciente se encuentra en estado crítico en UCIP es cuando se procede a la realización de todas las pruebas complementarias, que van desde analítica sanguínea, aspirado nasofaríngeo y radiografía de tórax.

A la llegada de la madre a la UCIP, ésta informa al facultativo que la recibió, de todo el historial de su hijo, y que este nunca se había recuperado de su primera recaída hace cuatro meses, lo cual queda reflejado en varios de los informes médicos, con lo cual deberían haber valorado desde el primer día una posible sobreinfección bacteriana, además de vírica, la cual se presumió hacía 12 días en su último ingreso hospitalario, razón por la cual le mandaron Amoxicilina clavulánico por posible bronquitis bacteriana prolongada aunque sin la realización de ningún cultivo y consiguiente antibiograma para su efectivo tratamiento. Debiendo en la UCIP haber tratado al paciente con antibióticos desde un primer momento. Pero no se sentaron a estudiar el historial médico y omitieron los antibióticos en un primer momento.

Pasan las horas y el estado del menor empeora, decaído, dormido la mayor parte del tiempo salvo cuando sufre los picos de fiebre momento en el que se pone irritable. La alimentación la mantiene por sonda.

11.- El día 25 de abril ya se diagnostica neumonía vírica con broncoespasmo asociado.

Sigue con picos de fiebre, empeoramiento a lo largo de la tarde, la madre vuelve a recalcar la posibilidad de una sobreinfección además reflejada por los facultativos que lo llevaron en planta hacia dos semanas. Se volvió a descartar esa posibilidad. Mientras que el paciente mantenía sus picos de fiebre y empeoramiento.

12.- El día 26 de abril, estado igual sin ninguna mejoría, la madre del menor avisa de la supuración del oído derecho, se recojo exudado, y es cuando se inicia la antibioterapia con amoxicilina - clavulánico. A lo largo de la tarde se observa un empeoramiento y comienza a supurar el oído izquierdo se recoge exudado.

13.- Día 27 de abril, estado del menor sin cambios, se mantiene dormido todo el día, y en los momentos de irritabilidad por los picos de fiebre se administra sinogan.

14. - Día 28 de abril, el paciente se encuentra estancado desde el punto de vista respiratorio según se detallan en los informes, más taquicárdico a pesar de permanecer dormido y por picos de fiebre, aún se encuentra a la espera del antibiograma. Y debido a su

empeoramiento se decide repetir control analítico y radiografía de tórax, y dada la escasa mejoría clínica, radiológica y analítica se decide cambiar la antibioterapia por cefotaxima a la espera del antibiograma.

15.- -Día 29 de abril, el estado del paciente es mucho peor, con mayor necesidad de O2, se optimiza BIPAP, se mantiene con morfina.

Los resultados del antibiograma tardan tres días. De la que resulta que, el oído izquierdo sufría otitis media aguda supurativa *Treptococcus Pneumoniae*, resistente a amoxicilina - Clavulánico, por la cual no se observaba mejoría del paciente sino empeoramiento, al no aplicarse el antibiótico adecuado, aquí debemos hacer un paréntesis y regresar al ingreso del día 3 de abril, en el momento del alta el día 6 de abril se le receta Amoxicilina - Clavulánica, para tratar la posible sobreinfección bacteriana, sin cultivo y antibiograma previos, por lo que esa sobreinfección bacteriana no fue tratada de forma correcta, provocando el empeoramiento del paciente, a lo largo de los días, añadiendo además del virus Respiratoria Sincitial, la pasividad, tardía reacción del Servicio de Urgencia del HUC y la falta de realización de pruebas, serían todos estos los que desencadenaron el estado crítico del paciente y el consiguiente daño pulmonar permanente e irreversible y enfermedad obstructiva crónica.

16- Día 30 de abril, comienza a ver una pequeña mejoría, tras la aplicación del antibiótico correcto. El oído derecho, por su parte, estaba afectado por *Moraxella catarrhali*.

17. - El 6 de mayo de 2019 pasa a planta para su total recuperación. En el momento de alta de la UCIP a planta y a pesar de la gravedad del paciente este fue acomodado en una habitación compartida, con un paciente lactante afectado de un virus respiratoria el cual estaba acompañado de su madre, afectada también por un virus respiratorio, pasando con ellos en la misma habitación, todo el día y toda la noche, hasta que le madre del paciente reclama el aislamiento del menor, a lo cual la respuesta del equipo de enfermería fue "nos tenemos que adaptar, al igual que cuando uno va a la sala de urgencias está en contacto con más personas enfermas" al insistir la madre del paciente, en la gravedad de este, y que este ya no portaba ningún virus tras haber pasado en UCIP 15 días y así constatarlo las pruebas, y de seguir las instrucciones de aislamiento por gotas establecidas para el paciente, se procede al cambio de habitación 24 horas más tarde, y tras advertir de formular una reclamación si no se adoptaban las medidas de aislamiento que precisaba el paciente, para no ser afectado nuevamente y verse incurso en otro proceso respiratorio grave.

18.- El día 24 de mayo de 2019, el paciente recibe el alta. Durante su estancia en planta y dada la situación de estancamiento del paciente, el facultativo que lo atendió en todo momento en planta y al cual se le agradece toda su labor de antemano, decidió realizar un estudio respiratorio exhaustivo, de cual salido el siguiente diagnóstico:

- Bronquiolitis obliterante posiblemente post - infecciosa.

- *Neumonía por VRS*
- *Sobreinfección bacteriana.*
- *Insuficiencia respiratoria aguda grave secundaria.*
- *Otitis media aguda bilateral.*

-A pesar de los repetidos ingresos del menor por procesos respiratorios, de la gravedad y estado crítico del menor, en este último ingreso, de sufrir una neumonía que casi la causa la muerte, y de ser diagnosticado de una enfermedad pulmonar obstructiva (bronquiolitis obliterante), y de dar el alta con un complejo listado de tratamientos y fármacos, no es observado detenidamente por un neumólogo, y se le da cita con el mismo para dentro de un mes que era la cita que tenía mantenida y se había solicitado desde hacía cinco meses, incluso en este caso no fue adelantada.

19.- A partir de este momento el paciente, siguió repitiendo numerosos ingresos, decaídas, pérdida notable de peso. Así el 9 de junio de 2019, acudió al Servicio de Urgencia del HUC por picos de fiebre y tos seca. Se diagnostica catarro de vías altas, sin realizar ningún tipo de prueba complementaria y dado singularidad del paciente.

20.- El 8 de julio de 2019, se acude al Servicio Canario de Urgencias del Hospital Universitario por dificultad respiratoria, se diagnostica bronquitis aguda leve, sin realización de ningún tipo de prueba.

21.- El 9 de julio de 2019, se acude nuevamente al hospital, por dificultad respiratoria, se diagnostica reagudización respiratoria, y no se realizan pruebas complementarias.

22.- El 12 de julio de 2019, se vuelve acudir al Servicio de Urgencias del HUC por dificultad respiratoria, fiebre y disminución de las ingestas, aquí ya realizan analítica de sangre y aspirado nasofaríngeo, después de ser exigido por la madre, y se diagnostica bronquitis aguda.

23. - El 7 de agosto de 2019, se acude nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC por dificultad respiratoria, se diagnostica bronquiolitis aguda. No se realizan pruebas complementarias.

24. - El 28 de octubre de 2019, se acude al Servicio de Urgencias del HUC, por dificultad respiratoria, y es ingresado nuevamente en UCIP por bronquiolitis obliterante y reagudización grave por VSR (Virus respiratoria Sincitial), Rhinovirus. Necesitando ventilación mecanizada nuevamente. Duración ingreso en UCIP 10 días.

La madre solicita que se aplique en el paciente, el anticuerpo monoclonal Palivizumab, para poder prevenir de este virus al menor, el cual lo ha puesto en grave riesgo en dos ocasiones, y evitar así el continuo deterioro y daños irreparables en sus pulmones, a los cual se le dio una respuesta negativa.

25.- El 15 de diciembre de 2019, se acude al Servicio de Urgencias del HUC, por tos y dificultad respiratoria, se diagnostica bronquitis aguda moderada, sin prueba complementaria.

26.- El 30 de enero de 2020, acude nuevamente al Servicio de Urgencia del HUC, con dificultad respiratoria, y se acuerda su ingreso en planta, diagnóstico bronquitis aguda moderada por Rhinovirus e Hipoxemia secundaria. Recibe el alta el día 4 de febrero de 2020.

Es a partir de este ingreso, casi un año después del diagnóstico de bronquiolitis obliterante, cuando se decide comenzar con ciclos de seis meses de tratamiento de corticoides endovenosos, para intentar bajar en su caso las inflamaciones que pudieran existir, esperaron un año para ello, cuando es, en la fase aguda, antes que el daño pulmonar esté establecido, cuando debe hacerse uso de corticoides sistémicos, a diario o en pulsos mensuales, y así intentar disminuir la respuesta inflamatoria, así lo dispone la Asociación Española de Pediatría.

Para este tratamiento el paciente, debe ingresar tres días al mes durante seis meses para la administración de la medicación, exponiéndose a los efectos que conlleva. El paciente se expone a todos estos riesgos, sin tener la seguridad de que el tratamiento de corticoides sea efectivo, y menos aún, comenzó a aplicarse un año después de que el daño pulmonar se haya establecido.

27.- El 1 de marzo de 2020, acude al Servicio de Urgencias del HUC, por dificultad respiratoria, se procede nuevamente a su ingreso en planta, para su estabilización durante cinco días, diagnóstico Bronquitis aguda moderada por Bocavirus en paciente de riesgo. Es en este momento y en este último ingreso cuando se considera al niño como un paciente de riesgo, y no antes o por lo menos no lo estipulan anteriormente así en los informes. Y es a partir de este momento y casi un año después de su principal diagnóstico de bronquiolitis obliterante, cuando termina la actitud pasiva de la mayoría de los facultativos que atendieron a lo largo de un año al paciente, y se pusieron manos a la obra en buscar los problemas y soluciones al paciente. Tal como queda reflejado es este último informe de alta donde se establece la necesidad de acudir a las siguientes consultas externas: neumología infantil, nutricionista por el bajo peso del paciente, y gastroenterología. (TRATAMIENTO TARDO UN AÑO DESPUÉS Y TRAS NUMEROSO INGRESOS, DOS DE ELLOS MUY GRAVES).

De tal forma que se empezó a controlar con exhaustividad si existe algún problema de reflujo que pueda afectar al menor, cita con digestivo, se le realizó una ecografía que no dio dato alguno de reflujo pero al no ser contundente se decidió realizar una impedanciometría el día 18 de mayo, a sabiendas que también podía ser complicado conseguir con ello, un resultado que nos aclarará si el paciente padece reflujo, dicha impedanciometría se sabía ya de antemano que daría un resultado seguro, por la dificultad de colocación de la sonda a un paciente tan pequeño, y así fue, quedó mal colocada, y no por culpa del facultativo que la

colocó, sino por lo complicado que resulta colocarla a un niño de 19 meses, que no se mantiene quieto, llora y sufre. Por lo que el menor, después de dos intentos para poder introducir la sonda y más de 20 minutos para su colocación y pasar 24 horas con la misma puesta, con un comportamiento reacio encontrándose molesto, incomodo, sin comer y sin apenas moverse, para que el resultado fuera el que ya esperaban los especialistas, es decir, no era válido.

En el último ingreso para proceder a la administración de la medicación endovenosa, se realizó TAC, tras un año del último, solicitado por la neumóloga, para descartar que cualquier enfermedad de base que justifique todo el historial de paciente, pero lo único que se pudo confirmar fue el diagnóstico principal de la Bronquiolitis Obliterante (BO) y además ahora se ha detectado también bronquiectasia.

El paciente, es diagnosticado de BO, tras su primer ingreso en UCIP a lo largo del mes de mayo de 2019 tras la realización de un TAC. Y tras casi año y después de la realización de un segundo TAC un año después, se diagnostica también de bronquiectasia. Su enfermedad pulmonar obstructiva ha generado que el paciente pasará de un percentil 75 a un percentil 2 actualmente, encontrándose con riesgo de desnutrición, lo cual influye en el crecimiento y desarrollo del pulmón, que es importante, sobre todo en estos primeros años de su vida, ya que se relaciona con la función de la musculatura respiratoria. Actualmente también tiene Anemia y Hierro bajo.

A la vista de todo lo expuesto, la interesada reclama indemnización por responsabilidad patrimonial del SCS, dado que entiende que se debía de sospechar de BO desde el primer ingreso por bronquiolitis aguda, que sufrió con cuatro meses, y tratarlo desde ese momento, evitando llegar así al estado de gravedad del daño pulmonar actual. Además, en relación con la bronquiectasia primaria, el paciente solo recibió fisioterapia, en sus últimos ingresos, no estableciéndose consultas externas para la realización de sesiones semanales.

Actualmente, se está barajando la posibilidad de Tratamiento quirúrgico según lo hablado en la última cita con neumología, pero es algo que aún no lo ven muy cercano y que está pendiente de estudio».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, la reclamante insta el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos -por su hijo menor de edad- con ocasión de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud, sin determinar la cuantía reclamada en tal concepto.

III

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

1. Mediante escrito con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 23 de mayo de 2020, (...), actuando en nombre e interés de su hijo menor de edad -(...)- 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 al menor en el HUC.

2. Con fecha 27 de mayo de 2020 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por la Sra. (...); acordándose 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 que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada.

3. Con fecha 28 de mayo de 2020 se solicita al SIP que, a la vista de la historia clínica y una vez recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, se proceda a emitir informe en relación con los hechos denunciados por la perjudicada en su reclamación.

4. Consta en el expediente instruido la evacuación de informe por parte de los siguientes Servicios del HUC: Servicio de Urgencias Pediátricas -19 de junio de 2020-; Hospitalización Pediátrica -8 de junio de 2020-; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) -19 de junio de 2020-; y Neumología Pediátrica -13 de junio de 2020-.

5. Con fecha 26 de octubre de 2023 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción y se admite a trámite la prueba documental y pericial propuesta por la reclamante, concediéndole a ésta un plazo de treinta días para que aportara el informe pericial que estimara oportuno.

Dicha resolución administrativa figura convenientemente notificada a la interesada.

6. Con fecha 2 de noviembre de 2023 la interesada formula escrito de alegaciones en el que se manifiesta lo siguiente: *«Que, en el trámite de prueba acordado, se tenga por aportadas como pruebas la documentación obrante en el expediente, no considerando necesario la aportación de informe pericial por esta parte interesada».*

7. Con fecha 3 de noviembre de 2023 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia; constando en el expediente su notificación en legal forma a la reclamante.

Una vez transcurrido el plazo legalmente conferido, la interesada no formula escrito de alegaciones.

8. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en 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.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 24 de noviembre de 2023 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...), en representación de su hijo, menor de edad, (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública».*

10. Mediante oficio de 27 de noviembre de 2023 (con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente), se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex art. 81.2 LPACAP* en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta

necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo.

Y es que, a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP interesado por el propio órgano instructor con fecha 28 de mayo de 2020 - folio 255-. Documento que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP), esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la *lex artis ad hoc*- de la prestación sanitaria dispensada al paciente. Máxime en casos como el presente, en el que los informes médicos que obran en las actuaciones (evacuados por los diversos Servicios médicos que han atendido al paciente) se limitan a efectuar un relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada, pero no justifican que ésta fuera ajustada a la *lex artis*.

A mayor abundamiento, y con independencia de si en el caso concreto examinado el órgano instructor hubiera cursado o no la correspondiente petición de informe al SIP, resulta necesario destacar la especial significación y relevancia de este informe dentro de la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial extracontractual por daños derivados de la prestación sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

A este respecto, hemos de comenzar reiterando que, conforme a nuestra doctrina (véase, Dictamen 41/2024, de 25 de enero), la evacuación de dicho informe, en puridad, no resulta exigible con carácter general en el curso de los procedimientos de responsabilidad extracontractual.

Ahora bien, el informe del SIP ofrece una perspectiva integradora y omnicompreensiva de la asistencia sanitaria prestada, que va más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios médicos implicados en cada caso, y cuya incorporación al expediente -la de estos informes-, sí resulta obligada a tenor de lo dispuesto por el art. 81.1 LPACAP. De esta manera, se

franquea la visión inevitablemente parcial que pudiera resultar si son varios los servicios intervinientes en un mismo asunto.

Por otra parte, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer, en su caso, alguno de los informes evacuados por los servicios médicos implicados en la prestación sanitaria al paciente, proporcionando una fundamentación adecuada, completa y consistente en apoyo de la Propuesta de Resolución que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

Por lo demás, y como ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en su reciente Dictamen 41/2024, de 25 de enero, *«no han faltado en nuestra práctica consultiva los casos, desde luego, en que nuestro parecer ha podido expresarse sin dificultad prescindiendo del indicado informe del SIP, sea a la vista del rigor y exhaustividad de los informes evacuados por el servicio actuante, la claridad de las circunstancias concurrentes, su escasa complejidad, u otros factores que también podrían estar presentes»*.

Ahora bien, fuera de estos supuestos particulares -en los que se habrá de atender a las concretas circunstancias concurrentes en el caso analizado en aras a prescindir o no de la evacuación del informe del SIP-, lo cierto es que, con carácter general, resulta pertinente -a la par que necesaria- la emisión del citado informe. Y ello no sólo en atención a su contenido y funcionalidad (centrado en la exposición de los antecedentes médicos y estado de salud del paciente, así como en la descripción/explicación de las dolencias que aquejan a éste; en el análisis de conjunto -a la luz de la *lex artis ad hoc*- de la actuación médica practicada, y en la formulación de conclusiones relativas a la corrección -o no- del proceder médico -previo examen de la historia clínica y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente-), sino, además, porque viene a suplir la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, permitiendo a este Organismo consultivo contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta -y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones- (en idéntico sentido nos hemos pronunciado en nuestro reciente Dictamen 53/2024, de 25 de enero).

2. Así pues, la constatación de la deficiencia procedimental comentada en el apartado anterior impide considerar que el expediente se haya tramitado

correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe del SIP en los términos interesados por el órgano instructor en su solicitud de 28 de mayo de 2020.

Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se considera que no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV del presente Dictamen.