Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 2 1 / 2 0 2 3

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de diciembre de 2023.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...) y (...), en nombre y representación de (...) y (...), que a su vez actúan en nombre propio y en nombre y representación de su hijo, el menor, (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 513/2023 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. La solicitud de dictamen, de 3 de noviembre de 2023, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el día 8 de noviembre de 2023.

2. En relación con la cuantía indemnizatoria, si bien no es concretada por los reclamantes, estos señalan en sus alegaciones que será superior a 500.000 euros, lo que determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

---

[*] **Ponente: Sra. de Haro Brito.**

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. 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 (BOC, 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 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los reclamantes, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral y personal [art. 4.1.a) LPACAP], si bien, en este caso actúan mediante representación debidamente acreditada (art. 5 LPACAP). Asimismo, siendo menor uno de los interesados, sus padres ostentan su representación legal, derivada de su patria potestad (arts. 154 y 162 del Código Civil), otorgando la representación voluntaria a sus mismos representantes.

5. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, titular del Servicio a cuyo funcionamiento se atribuye el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 10 de enero de 2020 respecto de una daño que quedó determinado tras el diagnóstico de la enfermedad del menor (...), el 5 de julio de 2019.

II

En cuanto al fundamento de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se señala en el escrito de la misma que *«la atención médica dispensada por los facultativos adscritos al Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante) durante finales del año 2018 y 2019 en la asistencia prenatal y neonatal al hijo de nuestros representados, (...), ha sido contraria a la lex artis ad hoc, teniendo como*

consecuencia una serie de daños que han mermado la salud del menor y que ha de ser resarcidos».

Al respecto, se detalla que:

«PRIMERO.- (...), de 29 años de edad en el momento de los hechos y gestante de su tercer hijo, fue asistida en múltiples ocasiones por el personal del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. José Molina Orosa, para el control prenatal del feto.

La Sra. (...) recibió la primera asistencia de control de gestación en el mencionado centro hospitalario el 11 de diciembre de 2018 donde se sometió a la exploración ecográfica del primer trimestre de su embarazo. En dicha prueba ecográfica no se observó ningún tipo de hallazgo anormal en el feto determinando que la gestación era "de riesgo bajo en principio" (Documento Nº 2).

El 29 de enero de 2019, (...) acudió al Hospital Dr. José Molina Orosa, durante las semanas 19+6 de su gestación para la exploración ecográfica del segundo trimestre. En el estudio morfológico fetal que se practicó a la Sra. (...) no se evidenció ningún tipo de anomalías respecto ningún órgano, señalando en el Informe de Ginecología que "en este momento no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse aquellas que no tienen expresión ecográfica o se presentan de forma tardía" (Documento Nº 3).

El último control fetal del embarazo de nuestra representada tuvo lugar el 10 de mayo de 2019 durante las semanas 34+2 de su gestación. En dicha ecografía no se sometió al feto a un estudio morfológico, a pesar de que los realizados de forma previa no permitían descartar de forma cierta que el feto no estuviese afecto de ningún tipo de anomalías congénitas, como así aconteció finalmente. En base a ello, era fundamental practicar dicha prueba morfológica al hijo de nuestros representados con el fin de que permitiese el correcto diagnóstico de aquellas malformaciones que se presentan de forma tardía en el periodo gestacional.

(...)

SEGUNDO.- El 19 de junio de 2019, (...) dio a luz a su hijo, (...), en el Hospital Dr. José Molina Orosa. El alumbramiento del menor se produjo sin mayores incidencias siendo ambos dados de alta al día siguiente, el 20 de junio de 2019 (Documento Nº 5).

El 21 de junio de 2019, el menor acudió junto con su madre, de nuevo, al centro hospitalario para realizarle una prueba en el talón del pie. Durante dicha prueba, los facultativos advirtieron que el menor estaba afecto de otras patologías que no habían sido diagnosticadas de forma previa.

El recién nacido permanecería ingresado en el Hospital Dr. José Molina Orosa hasta el 5 de julio de 2019, en principio, por taquipnea (trastorno respiratorio que consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales) pero a lo largo de su ingreso, se evidenció que el menor padecía graves patologías.

El evolutivo del menor del Informe Clínico de Alta del Servicio de Neonatología (Documento Nº 6), reflejó que (...) sufría un soplo sistólico en el corazón. Para determinar qué patología era la que provocaba dicho soplo se realizaron diferentes pruebas diagnósticas, entre ellas, un ecocardiograma que mostró que sufría una comunicación intraventricular y una radiografía de tórax evidenciando, de manera incidental, signos de malformación.

Ante estas malformaciones, los facultativos que lo asistieron sospecharon que el menor estaba afecto de lo denominado como "Asociación VACTERL/VATER". VACTERL/VATER es una asociación de malformaciones congénitas típicamente caracterizadas por la presencia de al menos tres de los siguientes signos: defectos vertebrales, atresia anal, defectos cardíacos, fístula traqueo-esofágica, anomalías renales, y anomalías en las extremidades.

Ante dicho cuadro clínico, (...) fue remitido al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (en adelante, CHUIMI) para ser asistido por los servicios de cardiología y traumatología infantil y por la unidad de genética. Estas asistencias sanitarias confirmaron que el menor padecía diferentes malformaciones cardíacas así como agenesia de riñón izquierdo (tipo de malformación de los conductos renales que se caracteriza por la ausencia de uno de los riñones).

Adjuntamos como Documento Nº 7 el Listado de Notas del paciente de 6 de agosto de 2019.

TERCERO.- La asistencia sanitaria prestada al hijo de nuestros representados, (...), por los profesionales sanitarios del Hospital Dr. José Molina Orosa durante la asistencia prenatal y neonatal ha sido deficiente.

El menor se encontraba gravemente afectado por la enfermedad de VACTERL que no fue diagnosticada hasta el 5 de julio de 2019. Para procurar un correcto diagnóstico de este cuadro clínico es imprescindible realizar una ultrasonografía prenatal a partir de la semana 18 de gestación, ya que, es este el momento a partir del cual se consigue identificar la mayoría de alteraciones en las estructuras anatómicas fetales. La detección de anomalías congénitas de cualquier tipo en el ultrasonido obstétrico en el segundo trimestre de embarazo es fundamental para el diagnóstico de la Asociación de VACTER/VACTER.

La diagnosis de esta Asociación antes del nacimiento hubiese ayudado a mejorar la toma de las decisiones y planear las intervenciones post natales. A mayor abundamiento, el fallo renal, como el que afectaba al hijo de nuestros representados, es una de las complicaciones más graves y comunes cuyo diagnóstico prenatal es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes.

CUARTO.- De los ordinales precedentes se desprende que el menor ha sufrido múltiples lesiones como consecuencia de una negligente asistencia médica prestada por los profesionales sanitarios del centro hospitalario Dr. José Molina Orosa. Por consiguiente, en la actualidad y como resultado de la asistencia sanitaria dispensada que ha tenido como consecuencia la producción de lesiones al hijo de nuestros representados que deben ser objeto de indemnización en virtud de los artículos 67 y siguientes de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y el artículo 32 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, por ser causado por un funcionamiento anormal de los servicios públicos».

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- La reclamación se presenta el 10 de enero de 2020 ante otra Administración teniendo entrada en el Servicio Canario de la Salud el 21 de enero de ese mismo año.

- El 10 de febrero de 2020 se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a subsanar su reclamación, lo que se les notifica el 14 de febrero de 2020, aportándose lo requerido el 28 de febrero de 2020, excepto la cuantificación de la indemnización.

- Por Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud, de 10 de marzo de 2020, se admite a trámite la reclamación.

- El 11 de marzo de 2020 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a cuyo efecto se solicita por el SIP que se remite por los reclamantes la cartilla de embarazo de (...), aportándose el 24 de julio de 2020.

Se reitera la solicitud de informe al SIP en diversas ocasiones, habiendo presentado los reclamantes varias solicitudes instando el impulso del procedimiento (3 de marzo de 2021), así como su impulso y terminación convencional (18 de noviembre de 2021 y 18 de mayo de 2022), además de requerir copia del expediente instruido (13 de septiembre de 2022 y 18 de noviembre de 2022).

Finalmente, se emite informe por el SIP el 30 de noviembre de 2022, tras haber recabado la documentación oportuna (Historia Clínica de (...) correspondiente al seguimiento de su embarazo 2018-2019, tanto en el ámbito de Atención Primaria como Especializada en el Hospital General de Lanzarote, Dr. José Molina Orosa; informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Lanzarote; historia Clínica del menor (...); informe del Servicio de Neonatología del Hospital de Lanzarote Dr. José Molina Orosa; informe del Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil).

- El 2 de diciembre de 2022 se insta a los reclamantes para que aporten los medios probatorios de los que deseen valerse, de lo que reciben notificación el 5 de diciembre de 2022, sin que se aportara nada al efecto.

- El 27 de febrero de 2023 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por los reclamantes y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. Siendo todas las pruebas documentales, y obrando todas ellas en el expediente, se declara concluso el trámite probatorio y se acuerda la continuación del procedimiento, lo que se notifica a los reclamantes el 28 de febrero de 2023, presentando éstos escritos en los que señala que se ha incorporado en el acuerdo probatorio documentación de la que no disponen, por lo que se solicita su remisión.

A tal efecto, el 6 de marzo de 2023 se les responde que tal documentación está a su disposición en su carpeta personal en estado visible en sede electrónica desde el 1 de marzo de 2023, si bien, a fin de no causar más demora, se remite a los reclamantes tal documentación mediante correo electrónico.

- Conferido trámite de vista y audiencia el 27 de febrero de 2023, y habiendo presentado los reclamantes, escrito el 1 de marzo de 2023 señalando no poder realizar alegaciones hasta disponer de toda la documental aportada por la Administración, una vez recibida ésta en los términos más arriba referidos, se presenta escrito de alegaciones el 14 de marzo de 2023.

- El 3 de abril de 2023 se remite al SIP el escrito de alegaciones de los reclamantes, solicitando informe complementario al respecto. Tal informe, sin embargo, se emite por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, el día 28 de septiembre de 2023.

- A la vista del nuevo informe emitido, el 9 de octubre de 2023 se confiere a los reclamantes nuevo trámite de audiencia, de lo que reciben notificación el 10 de octubre de 2023, no constando la presentación de alegaciones.

- Durante la tramitación del presente expediente, consta que, los interesados interpusieron recurso contencioso-administrativo por la desestimación presunta de su reclamación, siguiéndose como procedimiento abreviado n.º 340/2023, ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 3 de Las Palmas de Gran Canaria.

- El 31 de octubre de 2023 se dicta Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión de los reclamantes, y, en igual sentido, Borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que se remite a este Consejo Consultivo.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión de los reclamantes con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento.

2. Ante todo, es preciso señalar, como hace la Propuesta de Resolución, los antecedentes clínicos de interés en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica del menor y de su madre expuestos en el informe del SIP de 30 de noviembre de 2022, que son los siguientes:

«1.- El 25 de octubre de 2018 acude a su médico de Atención Primaria refiriendo tener 15 días de retraso de la menstruación, se le efectúa test de embarazo y este es positivo. Fur de 6 semanas + 1. En esta consulta: Se le indica resultado del test de embarazo. Se le extiende teléfono de dentista. Se indica pedir cita con matrona. Se solicita analítica de control. Se pauta Yodocefol 1c/24h. Se realiza IC con obstetricia.

Primera visita a la matrona el 8 de noviembre del 2018. Ap de tabaquismo y patología biliar (litiasis biliar) concurrente con el embarazo. Pendiente de intervención quirúrgica tras parto.

2.- El 11 de diciembre de 2018 cita con Ecografía del primer trimestre en el Servicio de Ginecología de Lanzarote. "MC: Primera visita de control de gestación. EG:12.6 semanas FUR: 12/09/201".

En esta primera visita se realiza protocolo de la SEGO de seguimiento de embarazo. Control de constantes (...)

Se entrega Documento de Consentimiento Informado para la realización de cribado de cromosomopatías en el primer trimestre, que la paciente entiende y firma.

El Servicio de Ginecología realiza exploración Ecográfica de 1º trimestre siguiendo las recomendaciones recogidas por la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología).

Se diagnostica de gestación de bajo riesgo obstétrico.

Sigue controles por Médico de Familia y matrona de su Centro de Salud.

El 29 de enero de 2019 exploración ecográfica del segundo trimestre. FUR: 12/09/18 EG: 19+6 semanas. Se determina: "En este momento no se observan anomalías morfológicas fetales mayores, si bien no pueden descartarse aquellas que no tienen expresión Ecográfica o se presentan de forma tardía. Cribado combinado de 1ºT: Riesgo bajo. Estudio practicado con Ecógrafo Voluson S10, sonda abdominal C1-5; se han realizado múltiples cortes sonográficos, en todos los planos necesarios para visualizar las estructuras anatómicas que interesa explorar".

3.- El 05/05/2019, ingresa por Amenaza de Parto Prematuro sin modificaciones cervicales y se actúa según protocolo. administrando tocolisis y maduración pulmonar fetal, con lo que se resuelve el caso y la paciente es dada de alta el 08/05/2019, con cervicometría al alta de 21 mm. Feto Frecuencia Cardíaca Fetal (+) en presentación cefálica.

El 10 de mayo se realiza Ecografía del tercer trimestre. "El EG: 34+2 semanas FUR: 12/09/2018. Asintomática. Bien tolerado (...) MF presentes y dentro de la normalidad.

Analítica 3T: pte. realizar. Exploración Ecográfica: "Vitalidad fetal: gestación única LCF/MF presentes. Situación: Longitudinal Presentación: Cefálica. Placenta: post lateral LA: Normal (CM 66 mm). Datos de biometría fetal. DBP: 88.8 mm(35 semanas) PFE:2672 g (p 90). CC:312.9 mm(35 semanas) CA: 321.9 mm (6.1semanas) LF: 65.9 mm(34 semanas). Cervicometría: 28 mm. No funneling. Estudio realizado con Ecógrafo Voluson S8, se han realizado múltiples cortes sonográficos, en todos los planos necesarios para visualizar las estructuras anatómicas que interesa explorar".

El Feto tiene P90 y se solicita SOG, (sobrecarga oral de glucosa para descartar diabetes). Cito con resultado 20-22 mayo 2019. Explico signos de alarma. Este peso se comprueba en mayo es normal y la curva de sobrecarga glucemia es tb. Normal. El 27 de mayo de 2019 control ecográfico del tercer trimestre: fetal: gestación única LCF/MF presentes normales. Situación: longitudinal Presentación: Cefálico. Placenta : Posterior. LA: Normal. Datos de biometría fetal DBP: 93,1 mm(37+6 semanas) PFE:3008 g (p 72) CC :334,0 mm(38+1 semanas) CA: 323,0 mm(36+2 semanas) LF: 71,0 mm (36+3 semanas). Estudio practicado con Ecógrafo Voluson S8; se han realizado múltiples cortes sonográficos, en todos los planos necesarios para visualizar las estructuras anatómicas que interesa explorar. Plan Diagnóstico-Terapéutico Próxima cita Electrofisiología fetal con 40 semanas".

4.- El 18/06/2019 la paciente ingresa en semana de Gestación 40 por pródromos de parto. Parto rápido, empieza de forma espontánea, sin episiotomía, sin analgesia.

El parto acontece el día 19 a las 15 horas aproximadamente. Parto eutósico. Presentación cefálica. Sin complicaciones. Nace un varón que no precisa reanimación, con un test de Apgar 9/10, y un peso de 3750 gramos. Instaurada inmunoprofilaxis anti D. El día 20 recibe alta a domicilio. "El día 20/06/2019 es valorado por Pediatra (...) Como su madre se va de alta, acudirá mañana para reevaluación, control de peso, y otomisión".

Pdte. Prueba de Metabolopatías 21/06. "Se ofrece realizar baño enfermería, pero prefieren hacerlo en casa, 3º hijo. Con LM. Micción positiva y Meconio positivo Buen aspecto, afebril. Peso: 3560gr FC:169 lpm Sat.O2:98%. Se da educación sanitaria a los padres y consejos sobre los cuidados del RN. Grupo A y Rh positivo (...) ".

21/06/2019 escribe enfermería: "Acude acompañado por su madre. Reevaluado por pediatra, se realiza prueba de metabolopatías. Buen aspecto. Se realiza control de peso y realiza otomisión".

A las 4:44 RN, 1 día y medio de vida ingresa procedente del domicilio, "ingreso en Neonatología. Ingresa valoración y estudio por taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) y mala coloración se deja monitorizado cardiorespiratoria no invasivamente, en cuna térmica, presenta posterior fc:173, fr:76, SOx:97%, se canaliza vía y se cursa analítica y hemocultivo.

Dicho día 21/06/2019 se realizan varias pruebas entre ellas la Rx de tórax. "Tórax portátil del 21.06.2019: información clínica: Recién nacido. Taquipnea. Sepsis a valorar y cardiopatía congénita a valorar.

- Se realiza placa de tórax Ecocardiograma el día 21 de junio.

Informe: "Placa con adecuado grado de penetración, con rotación del paciente hacía la derecha.

Condensación parenquimatosa en LSD en probable relación con proceso neumónica dada la historia referida. A valorar en contexto clínico/analítico.

No evidencia de derrame pleural.

Defecto costal izquierdo con fusión del 2º y 3º arco costal posterior y aspecto dismórfico de las mismas.

Costilla supernumeraria en hemitórax derecho (13).

Probable vértebra en mariposa T5 y T9, que podría indicar defecto de fusión en elementos posteriores. Dudosas por superposición de estructuras a nivel C7-T1.

Sin otros hallazgos de interés.

Se recomienda completar con pruebas complementarias para descartar otras anomalías congénitas asociadas".

- Ecocardiografía del día 21 de junio se diagnostica CIV perimembranosa, con datos de hiperaflujo pulmonar. Fosa oval permeable (...) la madre le da pecho. Tratamiento inicial CIT perimembranosa con hiperaflujo iniciamos tto con furosemida y captopril monitorización balance hídrico otras pruebas.

El día 21 empieza, igualmente, tto empírico con Ampicilina más Gentamicina, diagnóstico de sepsis, neumonía congénita, malformación costal, CIV descompensada. Ictericia. El antibiótico se mantiene IV durante 14 días.

Se siguen, controles, evaluaciones, ttos (...) en el ingreso hospitalario.

A continuación, llega resultado de hemocultivo del 21 de junio: "sepsis que se encuentra definitivamente infección por Enterococo Faeacium".

El día 23 "lactancia artificial sin dificultad. Mejor aspecto general, activo, reactivo (...) . Mejoría clínica evidente, leve taquicardia y leve taquipnea. Se solicita Cariotipo". Posteriormente se realiza ecografía abdominal que es normal salvo por el riñón izquierdo que no se logra visualizar probablemente por agenesia vs atrofia renal.

Se solicita igualmente Eco partes blandas-sacro, ECO abdominal, y ECO cerebral, transfontanelar.

En eco renal no se logra visualizar riñón izquierdo.

5.- El día 28 de junio de 2019 el Traumatólogo anota en historial clínico:" (...) Me avisan para valorar paciente por anomalía en Rx de tórax en la que se observan posibles vértebras en mariposa T5-T9 y posible agenesia vertebral a nivel torácico proximal. En estudio por posible síndrome congénito aún por determinar. Por parte de Traumatología en este hospital recomiendo realización de RM de columna para completar estudio, así como valoración por Traumatología infantil en H. Materno Infantil de GC".

El 1 de julio Ecografía transfontanelar de características normales.

Ecografía abdominal el 1 de julio de 2019 normal salvo que no se logra visualizar sombra renal izquierda. Ecografía fosita sacra el 1 de julio de 2019: no anormalidades. El 2 de julio de 2019 se informa en historial clínico que se hizo estudio de asociaciones y se está esperando los resultados de las Ecografías. cuando se egrese se remitirá a genética para estudio.

El 3 de julio Se anota en historial clínico Hospital de Lanzarote " (...) Antecedentes familiares de espina bífida. Un primo por línea paterna en estudio por genética hospitalaria. Prima con mielomeningocele.

Sospecha de asociación de Vater. Lo van a citar en el primer hueco disponible en Cardiología del CHUIMI (...) "

El 3 de julio de 2019 visita y extenso informe de Cardiología del Hospital de Lanzarote, orientación diagnóstica: CIV perimembranosa con datos de hiperaflujo pulmonar. Dilatación de aurícula izquierda. Malformaciones vertebrales y agenesia renal. Sospecha de asociación de Váter.

Se realiza informe de traslado para valoración en el CHUIMI de Las Palmas por los servicios de: Unidad de Genética. Servicio de Cardiología Infantil. Servicio de Traumatología Infantil.

04/07/2019 "14 días cumplidos. RN a término PAEG. Dx de sepsis por Enterococcus Faecalis, conjuntivitis por Pseudomona Aeruginosa, CIV, FOP, malformaciones vertebrales y costales. Tratamiento con Furosemida, Captopril, Ampicilina. Alimentación mixta (...) Soplo sistólico III/VI. Pulmones bien. Abdomen bien. Caderas bien. Columna no se aprecia recta. Estable con la medicación. Se remitirá a Las Palmas para valoración: Cardiología, Genética, COT, RMN por posibilidad de agenesia renal y malformaciones óseas (...)

Se completa el manejo antibiótico. Termina al mediodía de mañana. Estable con el tratamiento".

6.- 05/07/2019 Informe de alta del Servicio de Neonatología de Lanzarote. "Diagnóstico al alta Neonatal: Sepsis precoz por Enterococo Faecalis. Neumonía congénita. CIV+FIP. Sospecha de Asociación VACTERL/VATER (polimalformado). Comunicación interventricular. Sospecha de agenesia renal izquierda (...) Ecografía de abdomen completo (incluye renal) del 01.07.2019: Repito estudio sin que se logre visualizar la sombra renal izquierda. Llama la atención que las medidas de la sombra renal derecha están en el rango alto de la normalidad".

"La evolución del paciente ha sido muy favorable, con desaparición de la taquipnea en pocos días, permaneciendo el niño asintomático, con buena tolerancia oral y buena ganancia de peso hasta hoy motivo por lo que decidimos su alta". Tto médico al alta instaurado. Control en Consultas Externas de Cardiología Infantil y Neonatología. Se han realizado Interconsultas a los Servicios de Traumatología, Cardiología, y Genética del Hospital Materno- Infantil de Gran Canaria.

7.- 12 de julio de 2019, primera visita a Cardiología del CHUIMI. Neonato de 22 días. Motivo de consulta comunicación interventricular, se realiza anamnesis completa, valoración peso, talla, general. Exploración específica. Electrocardiograma y Ecocardiograma el día de la visita.

Valoración en CHUIMI por el Servicio de Cardiología, consulta sucesiva: "lactante con 55 días. Se realiza Ecocardiograma el día de la visita. No refieren dificultad respiratoria ni dificultad con las tomas, ganando peso. Electrocardiograma y Ecocardiograma del día de la

vista. Se mantiene igual el tto. Se realiza petición para ECO abdominal (...) se explican pautas, se realiza tto médico (...) control en 1 mes.

El 6 de agosto de 2019 es valorado clínica y radiográficamente por Traumatólogo en el CHUIMI, resolviendo que de momento no manda corsé, cita en un año. Se anota: "Rx tórax junio 2019: Posible fusión costal 2º-3ª lado izqdo. Costilla cervical dcha. Posibles vértebras en mariposa T1, T5 y T9, y otros defectos de fusión a nivel T2, L1, L2 y L3 (la Rx termina en L3). Curva tóraco-lumbar larga menor de 5º. Pido Rx de columna total urgente: Presenta costillas hipotróficas en L1 o T12, difícil establecer el nivel. Contando con estas costillas caudales, cuento 12 costillas en lado izqdo, a pesar de la posible fusión de costillas 2ª y 3ª, y displasia de costilla T1 izqda. En lado dcho 14 costillas, posbioel doble costilla T2, y además, costillas cervical. Vértebras en mariposa cervicales, las que se ven en la Rx (C6, C7), T1, T5, T9. Curva tóraco-lumbar 15º en AP. En rx lateral como único hallazgos cifosis 8º a nivel T11-T12. EF: Sin relevancia. Tendencia a curva de tronco de convexidad dcha, totalmente reductible. De momento no mando corsé. Control anual con Rx".

El 5 de septiembre de 2019 consulta sucesiva en Cardiología del CHUIMI. lactante 2 meses, aproximados. Se valora exploración, Ecocardiograma del día de la visita, Electrocardiograma y las Radiografías tórax solicitadas. No refieren dificultad respiratoria ni problemas en las tomas. Ganancia de peso. Se ajusta tto médico. Control en 2 meses.

El 9 de septiembre de 2019 se repite Ecografía de abdomen completo igual diagnóstico al previo no se logra visualizar sombra renal izquierda, en correspondencia a agenesia vs atrofia renal.

El 25 de septiembre de 2019 control Pediatría-Neonatología Lanzarote. Talla 60 cm. Peso 5,8 kg Perímetro Craneal 41 cml. Seguimiento FN 19/06/2019. Parto eutócico a las 40 1/7 semanas, peso 3750 gramos, Apgar 9-10, 3 meses. Fue a Las Palmas.

En Las Palmas: Cardiología: Dx de CIV con repercusión, Furosemida 2 mg/ml, tomar1. 6 cc cada 12 horas. Captopril 0.75 mg/ ml.dar0.5 cada 24 horas.

Traumatólogo: Tiene cita en un año.

"Varón 3 meses. Alimentación materna exclusiva. Orina y deposición bien. Vacunas de los dos meses. Desarrollo: No levanta la cabeza en prono. EF: Peso p24, talla p28, PC p40 Tronco con tendencia a convexidad derecha. Fontanela normotensa, sigue con la vista en plano horizontal y vertical. Buen control cefálico. Levanta la cabeza en prono pero no la sostiene. No escucho soplo (llanto). Caderas bien. Tratamiento inicial Cita en Cardio en noviembre En Trauma en un año. Mantener medicación de Cardiología. Citar en dos meses Vigilar desarrollo".

Otros Diagnósticos de Sospecha Asociación VACTER.?. Neumonía congénita FOP- CIV. Agenesia renal izquierda.

El 2 de octubre de 2019 primera visita a Rehabilitación, interconsulta por retardo en el desarrollo, "tiene 3 meses y 2 semanas (...) Se trata de un RN con varias malformaciones viscerales y óseas en lo que podría corresponder a un Sd. de Vater. Dice la madre que tiene dificultad para controlar la cabeza. Al estar boca abajo no levanta, y si está en suspensión se le va a un lado. Ha ido mejorando, pero no llega a ser normal.

Exploración Física General: "Niño conectado. Sonrisa social. Seguimiento visual y auditivo. Buen sostén cefálico en sedestación. No actitud en lateralización cervical. Giros activos completos a la dcha. e izda. No tirón al estiramiento pasivo en lateralización. No plagiocefalia. Coge objetos con las 2 manos y los lleva a la boca. Discretísimo aumento de tono extensor en raquis. Apoyo en prono sobre pecho. Intenta levantar cabeza. No está confortable en esta postura, trata de reptar y voltearse. Pataleo simétrico en MMII. No aumento de tono. No deformidad podálica. MMMS en flexión, con manos abiertas. Lleva manos a la boca.

Juicio Diagnóstico Síndrome Polimalformativo: SD de VATER Revisión en 1 mes".

El 3 de octubre de 2019 se realiza colecistectomía laparoscópica. a la madre en Lanzarote por el Servicio de Cirugía General.

El 21 de octubre de 2019 primera visita del lactante a Nefrología. seguimiento clínico y ecográfico con este servicio. Paciente asintomático.

El 13 de noviembre de 2019 nueva consulta en Cardiología del CHUIMI. Lactante 4 meses aproximadamente. Revisión de CIV Perimembranosa moderada con repercusión hemodinámica. realizan exploración, Electrocardiograma y Ecocardiograma. control en 3 meses.

El 19 de noviembre de 2019 es valorado en consulta de Genética clínica del CHUIMI, tras valoración clínica, antecedentes, pruebas (...) realizan toma de muestra de sangre para estudio y se incluye en CGH-arrays, previa firma de consentimiento informado.

El 27 de noviembre de 2019 seguimiento Neonatología Pediátrica Lanzarote:

"40 1/7 semanas, peso 3750 gramos, Apgar 9-10. AF: Madre, colelitiasis y colecistectomía a los 30 años. Padre sano. 2 hermanas sanas. Tía abuela materna, agenesia renal que precisó nefrectomía a los 40 años. 2 primos paternos, espina bífida. Ahora tiene 5 meses, acude con su madre. Cardio: Dx de CIV con repercusión. En controles el estudio es similar a previos. Próximo control en marzo 2020. Está en tratamiento con: Furosemida 2 mg/ml: aumentar progresivamente hasta 2.5 ml cada 12h. Captopril 0.75 mg/ml: aumentar progresivamente hasta 0.6 ml cada 24 horas. Trauma: Control anual (columna). Tiene próxima cita en Nefrología el 24 febrero, quieren realizar la Ecografía abdominal allí para confirmar agenesia renal. Alimentación materna exclusiva, refiere su madre que se cansa al tomar pecho (siempre se ha cansado), se lo toma mejor en biberón, suda con las tomas

ocasionalmente. Orina y deposición bien. Vacunas al día. Desarrollo: buen sostén cefálico. Iniciando sedestación. Risueño, se ríe. EF: Buen estado general, bien hidratado, buen color. Leve tendencia a convexidad derecha de tronco. Paladar ojival, ligamento lingual medio, no problemas de movilidad lingual. ACP Soplo sistólico II/VI. Abdomen normal. Caderas bien. Fontanela normotensa a punta de dedo. Buen control cefálico. Buen tono y fuerza muscular. ROTs normales. Ano normal. Cita en Cardio en marzo en CHUIMI. En Trauma en un año. Furosemida y Captopril según pauta de Cardiología. Citar aquí en 3 meses después de Nefro. Vigilar desarrollo".

Neumonía congénita. CIV (tto furosemida y captopril). Malformación vertebral. Agenesia renal izquierda. Seguimiento por Nefrología en CHUIMI. Paladar ojival.SeguimientoanualporTraumatología paracontrolporlas malformaciones vertebrales. Cariotipo es 46 XY.

Diagnósticos: asociación de Vacterl: CIV perimembranoa con repercusión. Malformaciones vertebrales. Agenesia renal izquierda.

Tratamiento según pauta de Cardiología. Pendiente valoración en Unidad de Genética Las Palmas. Control en Hospital de Lanzarote de forma periódica y resto de consultas en Las Palmas.

8.- Servicio de Rehabilitación 30 de enero de 2020: "Edad: 7 meses y 2 semanas. No se mantiene sentado solo salvo segs. Realiza volteos completos boca arriba y boca abajo a 4 patas. Se mantiene a 4 patas. Coge objetos con ambas manos. No intercambia pero sí lleva a la boca. Exploración: Niño conectado. Discreta hiperactividad. Continúa predominio de tono extensor en raquis. Coge objetos con ambas manos e intercambia. Lleva a la boca. No objetivo diferencias de movilidad de MSD respecto a MSI. Suficiente control de tronco en sedestación. Mantiene apoyo en 4 ptos. e intenta desplazarse. No deformidad podálica. No aumento de tono en MMII. Escápula izda alada. Plan Diagnóstico-Terapéutico Revisión en 2 meses".

9.- El 11 de marzo de 2020 es valorado y estudiado en el CHUIMI de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Cardiología con motivo de comunicación interventricular. Paciente 8 meses (...)

En seguimiento por Nefrología que está pendiente de la realización de Gammagrafía por diagnóstico posible agenesia renal, hoy realizada ECO renal por este servicio donde no se visualiza el riñón izquierdo.

Realiza el Servicio de Cardiología exploración, Electrocardiografía, Ecocardiograma, Rx de tórax. Tras todas las pruebas concluye el Servicio de Cardiología con el diagnóstico principal de: "antecedentes de comunicación interventricular perimembranosa moderada con repercusión hemodinámica. Mínimo shunt residual.

Sin repercusión en la actualidad. Se retira tto. Control en 8 meses.

Servicio de Rehabilitación de Lanzarote en marzo de 2020. Consulta telefónica. Coronavirus. Edad: 9 meses y 1 semana. La madre dice que gatea. Lo ve bien. Sigue en controles en G.C. Le han solicitado renograma isotópico (no se visualiza riñón en ECO). Cardiológicamente buena evolución. Le han bajado la medicación. Plan Diagnóstico-Terapéutico: revisión en 2 meses

Neonatología-Pediatría de Lanzarote 4 de abril de 2020:" Parto eutócico a las 40 1/7 semanas, peso 3750 gramos, Apgar 9-10. Seguimiento por asociación VACTER. (CIV. Agenesia renal, malformación vertebral). Tratamiento con Furosemida y Captopril. Ha sido vista en las Palmas en NEFRO (asintomático) y Cardiología, se le ha quitado la medicación y el niño está bien. También ha sido valorado por Rehabilitación. Indico a la madre que lo citaremos en 2 meses, si se puede tener una consulta segura. Tratamiento inicial Citar en 6 a 8 semanas".

El 5 de junio de 2020 se anota en historial clínico se realza Gamamagrafía renal.

El 17 de junio del 2020: consulta de Traumatología: Rx tórax junio 2019: Curva tóraco-lumbar larga menor de 5º. Rx de columna total agosto-19: "Costillas hipotróficas en L1 o T12, difícil establecer el nivel. Contando con estas costillas caudales, cuento 12 costillas en lado izqdo, a pesar de la posible fusión de costillas 2ª y 3ª, y displasia de costilla T1 izqda. En lado dcho 14 costillas, posible doble costilla T2, y además costilla cervical. Vértebras en mariposa cervicales, las que se ven en la rx (C6, C7), T1, T5, T9. Curva tóraco-lumbar 15º en AP. En Rx lateral como único hallazgo cifosis 8º a nivel T11-T12.

Rx jun '20 (mala calidad, no podemos sacar mucha información): Curva larga tóraco-lumbar 22º. Asimetría de hemitórax (I< D).

EF: Sin relevancia. Tendencia a curva de tronco de convexidad dcha, totalmente reductible. No focalidad neurológica. De momento no corsé porque clínicamente está muy bien, aunque presenta curva ya de 20º.Solicito TC de columna y caja torácica para valoración de malformaciones".

12 de noviembre 2020 Cardiología (...) Juicio Diagnóstico: Impresiona de CIV perimembranosa cerrada. Plan Diagnóstico-Terapéutico: Control en 1 año. Próximo año valorar alta.

El 20 de enero de 2021: "Traumatología: 19 meses (...) Desarrollo psicomotor dentro de lo normal (en seguimiento por PED). Estuvo en RHB, pero ya se la quitaron, pero la madre no está conforme. Refiere empeoramiento del brazo izqdo tras la pérdida de la RHB. No habla (...) Disostosis espóndilo-costal (...) EF: Tendencia a curva de tronco de convexidad dcha, totalmente reductible. La madre refiere ha empeorado levemente. No focalidad neurológica, pero presenta déficit funcional de MSI, que es por lo que hace RHB.

De momento no corsé porque clínicamente está muy bien, aunque presenta curva ya de 20º. Pdte de TC con sedación de columna y caja torácica para valoración de malformaciones.

La madre quiere que se le diagnostique de manera clara de VACTER o no. Control en 5 meses con Rx. Solicito RHB a petición de la madre".

El 17 de marzo de 2021 control Nefrología: "EVOLUCIÓN Asintomático. Exploraciones complementarias: Ecografía abdominal: Riñón derecho de forma, tamaño y ecoestructura respetada sin dilatación de la vía excretora, con diámetro longitudinal de 82 MM Riñón izquierdo no se visualiza. Gammagrafía junio2020: Gammagrafía renal de riñón derecho sin alteraciones. No se visualiza riñón izquierdo. Plan Diagnóstico-Terapéutico: Cita marzo 2022 con ECO y orina".

El 6 de mayo de 2021, menor con 22 meses, se realiza TAC de tórax sin contraste. El 2 de junio el 2021 nuevo control por Traumatología (...) "TC columna: Fusión en bloque de apófisis transversas y espinosas a nivel cervico-dorsal (C5-C6-C7-T1-T2). Fragmento vertebral adicional entre T1 y T2, sin apófisis articulares. Vértebras en mariposa T4 y T8 y múltiples a nivel cervical. Fusión del segmento anterior de los cuerpos vertebrales T11 y T12. Ausencia de apófisis transversas en T8 (izquierda) y T12 (derecha), y de ambas apófisis espinosas.

Múltiples defectos de fusión de elementos posteriores a nivel cervical, dorsal (T1, T2, T7, T9, T11) y sacro (completo). 13 arcos costales derechos, con una primera costilla verticalizada. 11 arcos costales izquierdos con fusión de la 2ª y la 3ªcostillas. Apófisis costiformes en ambos lados. No progresión de la curva, por el momento manejo conservador Rev 8 meses con Rx".

El 22 de noviembre de 2021 en consulta sucesiva de Cardiología en el CHUIMI, tanto la exploración general y cardíaca como las exploraciones complementarias como EKG, Ecocardio, Rx tórax (...) "son normales sin patología actual cardíaca.

Juicio diagnóstico: comunicación interventricular cerrada, alta en Cardiología. Controles con Nefrología y Traumatología (...) ".

10.-El 19 de enero del año 2022, menor con 2 años, revisión traumatológica:

(...) "Desarrollo psicomotor dentro de lo normal (en seguimiento por PED). Desarrollo normal. ya finalizó Rehabilitación, persiste limitación abd brazo izquierdo. Cínicamente sin cambios según la madre. Disóstosis espóndilo-costal: fusiones costales 2º y 3er arco izqdos, costilla cervical dcha, vértebras en mariposa C6. C7, T1, T5 y T9, defectos de fusión T2, L1, L2 y L3. No progresión curva, sin cambios. Rev 1 año con Rx".

El 21 de marzo de 2022 el Servicio de Genética del CHUIMI realiza las pruebas al menor y el 22 de junio del presente año 2022 realiza informe.

En este se informa de (...) "Interpretación y Juicio Diagnóstico: El cariotipo de alta resolución (aCGH) NO identifica en (...) ninguna variante patogénica.

Conclusión diagnóstica: El análisis masivo realizado en el genoma de (...) no identifica variantes que puedan ser consideradas patogénicas en la actualidad. Es importante resaltar

que este estudio no descarta otras causas patogénicas diferentes a la ganancia o pérdida de material genético.

Sea como fuere, todos los resultados anexos generados en el análisis masivo del genoma del paciente, así como toda la bibliografía relacionada a este caso quedan almacenados en Genética Clínica quedando a su disposición para cualquier consulta futura.

Dada la continua actualización en el conocimiento del genoma, periódicamente se reevaluará el análisis genómico del paciente en busca de nuevos hallazgos de relevancia y utilidad clínica".

El 21 de marzo del año 2022 acude al Servicio de Nefrología. "Acude a control. 2 años. Asintomático. No toma tratamiento. No control de esfínteres. Diuresis aparentemente normal, cambios frecuentes de pañal al día. No bebe mucha agua, hay que obligarlo. no abusan de sal. Fruta y verdura a diario. Bebe mucho zumo de bote. Dado de alta de Cardiología.

Ecografía de control 21/03/22. Pendiente de informe, pero se observa riñón único compensador, 8.97 cm (> p95), sin alteraciones. Orina: densidad 1008. Resto normal. No proteinuria.

Juicio Diagnóstico: Sospecha de síndrome de VACTERL riñón único derecho. Plan Diagnóstico-Terapéutico: Control en un año con ecografía y orina se revisan medidas higiénico dietéticas».

3. Con carácter previo al análisis de la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante, procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, sin que en ningún caso pueda exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios

de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Los reclamantes fundamentan su reclamación, en síntesis, en lo siguiente:

«El menor se encontraba gravemente afectado por la enfermedad de Vacterl que no fue diagnosticada hasta el 5 de julio de 2019. Para procurar un correcto diagnóstico de este cuadro clínico es imprescindible realizar una ultrasonografía prenatal a partir de la semana 18 de gestación, ya que, es este el momento a partir del cual se consigue identificar la mayoría de alteraciones en las estructuras anatómicas fetales. La detección de anomalías congénitas de cualquier tipo en el ultrasonido obstétrico en el segundo trimestre de embarazo es fundamental para el diagnóstico de la enfermedad de Vacterl.

La diagnosis de esta Asociación antes del nacimiento hubiese ayudado a mejorar la toma de las decisiones y planear las intervenciones post natales. A mayor abundamiento, el fallo renal, como el que afectaba al hijo de nuestros representados es una de las complicaciones más graves y comunes cuyo diagnóstico prenatal es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes».

Pues bien, la base de la reclamación se asienta sobre la consideración de los interesados de que el diagnóstico prenatal de su hijo habría determinado un mejor pronóstico de la enfermedad que padecía, a lo que añaden, en trámite de alegaciones, que la falta de aquel diagnóstico *«les negó la opción de interrumpir de manera precoz la gestación tal y como recoge la ley».*

Ello obliga a analizar los siguientes aspectos:

1) El alcance diagnóstico de la ecografía.

Tal y como señala el informe del SIP, acogiendo asimismo lo recogido en el informe emitido el 1 de mayo de 2020 por el Servicio de Obstetricia y Ginecología de Lanzarote:

«La Ecografía obstétrica no es diagnóstica 100%, es decir aunque la malformación esté presente desde momentos tempranos, la ecografía no puede diagnosticarlas siempre. Si bien la capacidad de detección de las anomalías es elevada, en la práctica, la tasa de detección depende de diferentes factores entre los que destacan, tipo de malformación y su expresión, características de la gestante, posición del feto, experiencia del examinador, tiempo asignado, calidad del ecógrafo, etc (...), siendo la sensibilidad media del 56%, entre 85 % y 18% incluso en los casos en que la ecografía es realizada en condiciones óptimas, varía entre un 44-98% para anomalías graves (...) siendo la sensibilidad media del 56%, encontrándose entre el 85% y el 18% (...) ».

Tales limitaciones son conocidas y aceptadas por la reclamante, pues se recoge en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente el 11 de diciembre de 2018:

«1.La ecografía es una técnica que puede ser practicada por vía vaginal y/o abdominal (según época de la gestación y condiciones) que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc).

2.La ecografía sólo puede informar de la existencia de posibles anomalías físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos etc). Por tanto, el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el niño nacerá sin alteraciones o retraso mental.

3.Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la prescripción de la técnica depende de la época de la gestación fiable alrededor de la semana 20 de gestación), el tipo de anomalías (algunas tienen poca o ninguna expresividad ecográfica), de las condiciones de la gestante (la obesidad, oligohidramnios, etc). La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%, entre 85% y 18%).

4.En algunos casos, la detección será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas etc), dado que tales patologías se originan y/o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

La ecografía, aunque orienta sobre la condición fetal, no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

Así pues, se me ha informado sobre las limitaciones inherentes a la técnica ecográfica».

2) Las pruebas realizadas durante el embarazo de la reclamante y sus conclusiones en cada momento.

Debe señalarse, ante todo, qué es la enfermedad de Vacterl/Vater y sus manifestaciones clínicas. A ello responde el informe del Servicio de Pediatría del Hospital de Lanzarote, emitido el 29 de mayo de 2020.

«La asociación VACTERL es un grupo de defectos congénitos que se aprecia después del nacimiento y en ocasiones de forma circunstancial, ocurren juntos y afectan a varias partes del cuerpo. El término es un acrónimo en que cada letra representa la primera letra de uno de los hallazgos más comunes que se observa en las personas afectadas.

(V) = anomalías vertebrales - SI

(A) = atresia anal, que es la ausencia u obstrucción del orificio anal - NO

(C) = defectos cardíacos (del corazón) - SI

(T) = anomalías traqueales incluyendo fístula traqueoesfágica (TE), que es conexión anormal entre la parte superior del esófago y la tráquea - NO

(E) = atresia esofágica cuando la parte superior del esófago, el tubo que lleva los alimentos de la boca al estómago, no se conecta con la parte inferior del esófago y del estómago - NO

(R) = anomalía renal (riñón) y radial (del estado pulgar de la mano) - SI

(L) = otras anomalías en las extremidades - NO

Otras características pueden incluir (con menos frecuencia) problemas de crecimiento y retraso en el desarrollo, asimetría facial (microsomía hemifacial), malformaciones del oído externo, mala rotación intestinal y anomalías genitales. La inteligencia es casi siempre normal. La causa de la asociación VACTERL no se sabe claramente; la mayoría de los casos ocurren sin ninguna razón aparente. Habiendo algunos estudios de casos en una misma familia. El tratamiento depende de los problemas que presente después del nacimiento según el órgano afectado y la sintomatología que manifieste, ya que al ser una malformación congénita "no se puede corregir antes del nacimiento", sino paliar las consecuencias derivadas de su malformación, en algunas ocasiones quirúrgicas, posnatales seguido de un manejo médico a largo plazo de las secuelas de las malformaciones congénitas.

Definición de la enfermedad: es una asociación de malformaciones congénitas típicamente caracterizadas por la presencia al menos de 3 de los siguientes signos secundarios a la malformación.

La etiología del VACTERL es desconocida y la asociación es gran medida esporádica. Se ha descrito un alto grado de heterogeneidad clínica y causal y agrupaciones familiares que sugieren factores hereditarios. En caso muy raros se han encontrado anomalías cromosómicas

y alteraciones (mutaciones en los genes FGF8, HOXD13, ZIC3, PTEN, FANCB, FOXFI y TRAPI y en el ADN mitocondrial.

La prevalencia de esta asociación no está claramente definida debido a criterios diagnósticos variables pero la literatura habla de una prevalencia de 1-9/100.000 niños. Y la incidencia anual es de 1/40.000 nacidos vivos».

Asimismo, el informe complementario emitido el 20 de septiembre de 2023 por el Servicio de Ginecología del CHUIMI aclara, que *«La asociación VACTERL se encuadra dentro del concepto de asociación de alta frecuencia, que se entiende como un conjunto de múltiples anomalías, que no pueden ser catalogadas como un síndrome, que se presentan en al menos dos individuos y que no se deben al azar. Su herencia no sigue las leyes mendelianas sino que es de carácter esporádico, aunque la aparición de varios casos en una misma familia sugiere una herencia de carácter autosómico. Su incidencia es de 1,6 por cada 10.000 recién nacidos vivos, y tiene predilección por el sexo masculino (2,6:1).*

La denominación VACTERL responde al acrónimo de defectos Vertebrales, malformaciones Anales, anomalías Cardíacas congénitas, alteraciones Traqueo- Esofágicas, malformaciones Renales y alteraciones en las extremidades ("Limbs" en inglés), fundamentalmente de la zona radial. Para su diagnóstico se requiere la presencia de, al menos, tres de los siete criterios enumerados».

Pues bien, sentadas las características de esta enfermedad, cabe indicar:

A.- Respecto de las anomalías cardiacas:

En primer lugar, señala el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Lanzarote:

«La ecocardiografia fetal presenta, para el diagnóstico de las cardiopatías congénitas en general y de las cardiopatias congénitas mayores, tasas de detección variables:

•42,8% (33.5-52,5%) y el 90,4% (78,9-96,8%) respectivamente (...)

•tasas de detección prenatal de cardiopatías mayores 65.7% (...)

•tasas de detección prenatal de cardiopatías mayores de 57% (...)

En estos 2 últimos estudios se excluyeron entre otros, cardiopatías menores entre ellas defectos ventriculares menores de 3mm, y aun así de los defectos del septo ventricular el 67% no fue detectado en la serie de E.Tegnander.

En nuestro caso, una Comunicación Interventricular pequeña (3.5mm post nacimiento), y más pequeña aun en el momento de la eco morfológica, era muy difícil de diagnosticar.

En cuanto a la comunicación interventricular, sin repercusiones funcionales intraútero, se recomienda el parto a término y mantener la conducta obstétrica habitual (...) y la atención perinatal puede realizarse en un hospital no terciario (...) ».

B.- Respecto de agenesia renal izquierda:

Tal y como señala el informe complementario del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, tras la valoración de las imágenes ecográficas prenatales, a fin de indicar si se observan anomalías renales, cardíacas o esqueléticas, y, en caso afirmativo, expresar la fecha, y el hallazgo observado:

«Se facilitan las imágenes en formato digital.

Se procede a revisar cuidadosamente las imágenes enviadas. Se recogen los comentarios por fecha de exploración.

•Ecografía 11/12/2018. 12+6 semanas.

◦Imágenes 7, 8 y 9. Corte cuatro cámaras normal para la edad gestacional. Tabique interventricular aparentemente íntegro y tractos de salida concordantes.

◦Imagen 11. Cámara gástrica presente.

◦Imagen 12. Vejiga normal y presente.

◦Imagen 13. Parecen apreciarse ambos riñones con sus pelvis. Es una imagen dudosa. La valoración renal en primer trimestre es siempre limitada, mientras que siempre debe verificarse la existencia de vejiga urinaria.

◦Imagen 14. Corte longitudinal fetal. Columna no valorable.

•Ecografía 29/1/2019: 19+6 semanas.

◦Las imágenes 6, 7 y 8 son cortes para estudio cardíaco. Los cortes realizados tienen hallazgos normales. En los cortes 6 y 7 el tabique interventricular aparentemente está íntegro. La valoración de los defectos perimembranosos es muy dificultosa y requiere cortes con el tabique interventricular perpendicular al haz de ultrasonidos, que no se nos han facilitado.

◦Imagen 9: Valora la circunferencia abdominal. Hallazgos normales. Se ve cámara gástrica pero es un corte alto para identificar riñones.

◦Imagen 10: Se comprueba la existencia de vejiga con ambas arterias umbilicales alrededor.

◦Imagen 12: Realizada para Doppler del ductus venoso (normal). Se ve parcialmente la columna, pero no es un corte óptimo para valorarla. No se identifican hallazgos patológicos.

•Ecografía 10/5/19: 34+2 semanas

◦*Imagen 6. Realizada para medir circunferencia abdominal. Es un corte demasiado alto para valorar siluetas renales. En la parte posterior, junto a la columna se ven dos áreas que podrían identificarse como la parte superior de ambos riñones. La vértebra no es valorable.*

◦*Imagen 10. Es un corte longitudinal de la columna vertebral dorso-lumbar bastante oblicuo. Se ven apófisis espinosas y cuerpos vertebrales. No se aprecian anomalías ni se puede valorar la morfología en mariposa descrita postnatalmente.*

◦*Imágenes 11-13: Son cortes estáticos de la misma sección de la columna. Tampoco se aprecian anomalías aparentes ni desviaciones escolióticas.*

•*Ecografía 27/5/19: 36+5 semanas (esta exploración no se incluye en el documento remitido con el ERP).*

◦*En la imagen 002 se aprecia un corte transverso abdominal en la que se ve imagen compatible con riñón derecho. No se ve riñón izquierdo. Al no tener la secuencia de los cortes transversos abdominales no se puede afirmar que dicho riñón no estuviese en cavidad abdominal, solo podemos decir que en ese corte no se ve.*

◦*No hay imágenes del corazón ni de las vértebras en esta exploración.*

Una vez valorada la documentación y las imágenes recibidas sobre las exploraciones prenatales del menor (...) (...) (...), no se evidencian imágenes sospechosas de las malformaciones diagnosticadas postnatalmente».

Del referido informe se detrae que, en contra de lo que afirman los reclamantes, es solo a partir de la ecografía del 27 de mayo de 2019 (36+5 semanas) cuando por primera vez no se aprecia el riñón izquierdo, lo que, además, no significa que no exista: «*no se puede afirmar que dicho riñón no estuviese en cavidad abdominal, solo podemos decir que en ese corte no se ve*».

Asimismo, en contra de lo afirmado por los reclamantes en el trámite de audiencia, donde afirman con rotundidad el error en la interpretación de las ecografías que mostraban los dos riñones, pues entienden que nunca existió el izquierdo, afirma el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de *Lanzarote:*

«El hecho de haber podido visualizar ambos riñones desde el primer trimestre, nos hace pensar en una atrofia o hipoplasia posterior.

La hipoplasia o atrofia renal unilateral suele asociarse con una función renal normal: La cantidad de líquido amniótico en la ecografía prenatal es uno de los marcadores pronósticos de la función renal más utilizados. Ya a partir del segundo trimestre, casi todo el líquido amniótico es orina fetal, por lo que su disminución o ausencia, descartada la pérdida de

líquido, indica una disfunción renal. En nuestro caso la cantidad de líquido amniótico fue normal en todo momento, en ningún momento hubo manifestaciones de fallo renal, por lo que no había indicación de actuar de otra forma».

Discuten esta justificación los reclamantes, mas, sin fundamento médico que lo avale.

C.- Respecto a las anomalías vertebrales:

Conviene en este punto reiterar lo que se señala en el informe complementario del Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI, tras la valoración de las imágenes ecográficas prenatales del menor, subrayando, esta vez, los hallazgos de la columna:

«Se facilitan las imágenes en formato digital.

Se procede a revisar cuidadosamente las imágenes enviadas. Se recogen los comentarios por fecha de exploración.

•Ecografía 11/12/2018. 12+6 semanas.

◦Imágenes 7, 8 y 9. Corte cuatro cámaras normal para la edad gestacional. Tabique interventricular aparentemente íntegro y tractos de salida concordantes.

◦Imagen 11. Cámara gástrica presente.

◦Imagen 12. Vejiga normal y presente.

◦Imagen 13. Parecen apreciarse ambos riñones con sus pelvis. Es una imagen dudosa. La valoración renal en primer trimestre es siempre limitada, mientras que siempre debe verificarse la existencia de vejiga urinaria.

◦Imagen 14. Corte longitudinal fetal. Columna no valorable.

•Ecografía 29/1/2019: 19+6 semanas.

◦Las imágenes 6, 7 y 8 son cortes para estudio cardíaco. Los cortes realizados tienen hallazgos normales. En los cortes 6 y 7 el tabique interventricular aparentemente está íntegro. La valoración de los defectos perimembranosos es muy dificultosa y requiere cortes con el tabique interventricular perpendicular al haz de ultrasonidos, que no se nos han facilitado.

◦Imagen 9: Valora la circunferencia abdominal. Hallazgos normales. Se ve cámara gástrica pero es un corte alto para identificar riñones.

◦Imagen 10: Se comprueba la existencia de vejiga con ambas arterias umbilicales alrededor.

◦Imagen 12: Realizada para Doppler del ductus venoso (normal). Se ve parcialmente la columna, pero no es un corte óptimo para valorarla. No se identifican hallazgos patológicos.

•Ecografía 10/5/19: 34+2 semanas

◦Imagen 6. Realizada para medir circunferencia abdominal. Es un corte demasiado alto para valorar siluetas renales. En la parte posterior, junto a la columna se ven dos áreas que podrían identificarse como la parte superior de ambos riñones. La vértebra no es valorable.

◦Imagen 10. Es un corte longitudinal de la columna vertebral dorso-lumbar bastante oblicuo. Se ven apófisis espinosas y cuerpos vertebrales. No se aprecian anomalías ni se puede valorar la morfología en mariposa descrita postnatalmente.

◦Imágenes 11-13: Son cortes estáticos de la misma sección de la columna. Tampoco se aprecian anomalías aparentes ni desviaciones escolióticas.

•Ecografía 27/5/19: 36+5 semanas (esta exploración no se incluye en el documento remitido con el ERP).

◦En la imagen 002 se aprecia un corte transverso abdominal en la que se ve imagen compatible con riñón derecho. No se ve riñón izquierdo. Al no tener la secuencia de los cortes transversos abdominales no se puede afirmar que dicho riñón no estuviese en cavidad abdominal, solo podemos decir que en ese corte no se ve.

◦No hay imágenes del corazón ni de las vértebras en esta exploración.

Una vez valorada la documentación y las imágenes recibidas sobre las exploraciones prenatales del menor (...) (...) (...), no se evidencian imágenes sospechosas de las malformaciones diagnosticadas postnatalmente».

Se concluye necesariamente de este informe que en las pruebas prenatales no se observó patología vertebral alguna.

De todo lo expuesto se concluye por el Servicio que informa:

«El diagnóstico posnatal en (...) (...) de agenesia renal izquierda, defecto septal interventricular perimembranoso (cerrado espontáneamente a los 2 años) y alteraciones vertebrales (vértebras en mariposa y algunos defectos de fusión), permite establecer, siendo muy puristas, el diagnóstico de asociación VACTERL en su caso, al incluir la CIV perimembranosa de 3 mm con el resto de la anatomía cardíaca normal».

Ello lleva a la conclusión, asimismo, de que, en contra de lo que afirman los reclamantes, el diagnóstico de Asociación Vacterl/Valter está basado en la clínica mostrada tras el nacimiento.

Así lo señala el informe de 29 de mayo de 2020 del el Servicio de Pediatría del Hospital de Lanzarote:

«El diagnóstico fue posnatal como así refiere la mayoría de la literatura científica sobre la asociación de malformaciones que presenta el paciente; no se puede corregir antes, sino

tratar a posteriori las secuelas de la misma. Además, el diagnóstico de la asociación de VACTERL se acompaña de una sepsis neonatal que no tiene relación Etiológica con las malformaciones; todos los estudios se realizaron inmediatamente después del nacimiento así como el tratamiento de la Patología. Se amplió dicho estudio con el traslado al Hospital de referencia para el estudio genético y la valoración de Cardiología, Traumatología, Nefrología que confirman nuestro diagnóstico, mantienen el mismo tratamiento con el que fue dado de alta, variando la dosificación según el peso y la edad. Se confirma en los controles del Hospital de referencia que la función renal es normal, no necesitando medicación y que la alteración cardiaca precisa medicación hasta los 8 meses en la que fue suspendida, pendiente de corrección quirúrgica más adelante si precisa».

Asimismo, el informe emitido el 21 de abril de 2020 por el Servicio de Pediatría del CHUIMI afirma:

«La Asociación VACTERL es un trastorno que afecta a muchos sistemas de organismos, se trata de una enfermedad rara, con una prevalencia de menos 1 hasta 9 casos por 100.000 niños y una incidencia anual de 1/10.000 a 1/40.000 recién nacidos vivos.

El diagnóstico prenatal puede ser muy difícil. Lo más importante es establecer un diagnóstico después de nacer a todos los posibles defectos para darle mejor diagnóstico y tratamiento.

En relación a afirmación de los reclamantes "el fallo renal, como el que afectaba al hijo de nuestros representados, es una de las complicaciones más graves y comunes cuyo diagnóstico prenatal es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes". El fallo renal no se puede diagnosticar y comprobar antes de nacer, existen unos parámetros e indicadores de función renal que se miden sólo después del nacimiento (función renal)».

3) El diagnóstico de la enfermedad del menor, sus tratamientos y pronóstico.

Tal y como se ha concluido en el punto anterior, el diagnóstico se produjo cuando se mostró la clínica del menor, esto es, tras el nacimiento, pues antes no era posible.

En este sentido, señala el ya citado el informe de 29 de mayo de 2020 del el Servicio de Pediatría del Hospital de Lanzarote:

« (...) todos los estudios se realizaron inmediatamente después del nacimiento así como el tratamiento de la Patología. Se amplió dicho estudio con el traslado al Hospital de referencia para el estudio genético y la valoración de Cardiología, Traumatología, Nefrología que confirman nuestro diagnóstico, mantienen el mismo tratamiento con el que fue dado de alta, variando la dosificación según el peso y la edad. Se confirma en los controles del Hospital de referencia que la función renal es normal, no necesitando medicación y que la

alteración cardiaca precisa medicación hasta los 8 meses en la que fue suspendida, pendiente de corrección quirúrgica más adelante si precisa.

- En nuestro Hospital se mantienen los controles en Consultas Externas {Cardiología, Neonatología y Rehabilitación de forma sistemática) el 03/07/2019, 25/09/2019, 02/10/2019 (Rehabilitación) 09/10/2019, 27/11/2019, 04/03/2020 (traslado a Oftalmología pediátrica) 02/04/2020. Se mantiene contacto tanto telefónico y presencial con medidas de seguridad secundaria a la Pandemia del COVI-19.

Por tanto la asistencia del paciente ha sido correcta en tiempo y forma desde el periodo Neonatal hasta la actualidad siguiendo los protocolos con magníficos resultados para el paciente, actualmente mantiene un magnífico estado general pendiente de correcciones quirúrgicas si fueran precisas.

- El diagnóstico se inicia mediante los estudios oportunos a partir del primer día del ingreso, se concluyen los diagnósticos definitivos en el informe cuando se da de alta. Lo normal en un paciente que se ingresa para estudios y tratamientos.

- El diagnóstico del paciente antes del nacimiento, no hubiese ayudado a (...) o plantear intervenciones posnatales ya que una malformación congénita no se puede intervenir intrauterino ni tampoco existe el trasplante intraútero. Por otro lado, no ha existido fallo renal alguno y aunque el riñón izquierdo no existía o permanecía atrofiado por la malformación genética, el riñón derecho ha mantenido la función renal del paciente dentro de la normalidad. El paciente no ha sufrido lesiones como consecuencias de la asistencia médica sino, que sus lesiones las traía por la alteración genética.

(...)

- Los padres del paciente han tenido conocimiento verbal y por escrito mediante los informes firmados de la atención prestada al paciente teniendo conocimiento del equipo de facultativos, así como del profesional que en ese momento le atendía.

- Los profesionales que atendieron al paciente prestaron en todo momento una calidad asistencial científica y humana excelente, siguiendo el código deontológico y la lex artis, utilizando todos los recursos de la ciencia médica y las últimas tecnologías que el paciente precisaba y estaba a nuestro alcance, siendo realizadas las mismas por el Hospital de referencia (CHUIMI) al que se le trasladó fundamentalmente para el estudio genético, aunque la bibliografía refiere como comentamos anteriormente que no existe un patrón genético único que sirva para consejo genético en futuras gestaciones».

De todo lo expuesto se concluye que el menor, una vez determinado el diagnóstico, fue adecuadamente tratado por todos los Servicios implicados, siendo que, como señala el SIP:

«Es evidente que la actuación realizada por los servicios médicos correspondientes tras el nacimiento del menor consiguen restablecer rápidamente su estado de salud que se desestabiliza al día de nacer, y que se manifiesta con taquipnea (una respiración acelerada), tras ello cual actúan seguidamente y con celeridad.

El resultado final a el año 2022 es que el menor cardiológicamente está bien, de alta en el Servicio de Cardiología. Buen desarrollo psicomotor (...) Tiene un riñón que está sano y trabaja bien.

Concluimos que se ha hecho y se ha logrado mejorar e incluso restablecer las funciones corporales, dentro del contexto de un proceso congénito difícilmente valorable intraútero, de una enfermedad muy rara, que además en la gestación no se podía corregir, que las funciones vitales intraútero no reclamaban actuación previa alguna y que además debería, en todo caso, corregirse postnacimiento como así se realizó».

Cabe añadir, si bien ya se ha descartado alguna posible causalidad entre la patología del menor y el funcionamiento del Servicio asistencial, que, en todo caso, dado el estado actual del menor, si bien los reclamantes alertan de las posibles complicaciones de la enfermedad del menor en el futuro, estas eventuales complicaciones son una hipótesis, por lo que no cabe reclamar por las mismas, y es que, tal y como exige el art. 32.2 LRJSP el daño por el que se reclama ha de ser efectivo, lo que excluye daños hipotéticos y futuros.

4) Consideraciones sobre la *«privación de la opción a la interrupción voluntaria del embarazo».*

Si bien no se alude a ello en la reclamación, en el escrito de alegaciones se señala por los reclamantes que la ausencia de diagnóstico prenatal del menor, privó a los padres de la opción a la interrupción voluntaria del embarazo.

En este punto, amén de reiterar que el diagnóstico de la enfermedad del menor sólo fue posible tras su nacimiento, lo que se ha argumentado pormenorizadamente en las líneas precedentes, ha de añadirse, en todo caso, que, los supuestos contemplados en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, para el ejercicio de este último derecho solo se contempla, en su art. 14, la interrupción sin sujeción a ningún requisito médico, dentro de las primeras catorce semanas de gestación.

Pero, más allá se estas 14 semanas tal interrupción está sujeto a los supuestos contemplados en la Ley, que está supeditado a criterios de salud, distintos según el tiempo de gestación.

Así pues, se establece:

«Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico».

Como se detrae de los informes médicos obrantes en el expediente, no solo ninguna prueba prenatal pudo concluir el diagnóstico del menor, que solo se pudo determinar después de su nacimiento, sino que, de hecho, como señala el informe complementario de la jefa de Sección de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI «*La exploración al nacimiento fue normal, quedando ingresado en Neonatología en el contexto de una sepsis por enterococo. Los diagnósticos se realizaron de forma incidental cuando se fueron solicitando las pruebas complementarias precisas para manejar la patología que había motivado el ingreso*».

Pero es que, además, en ningún caso se habrían dado los criterios de aborto previstos en la Ley, pues, las eventuales malformaciones no eran graves ni nunca implicaron riesgo para la vida de la madre o el feto.

En este sentido, el citado informe señala con rotundidad: «La falta de diagnóstico prenatal en este caso no puso en riesgo el pronóstico del neonato ni afectó a su manejo postnatal, dado que ninguna de las malformaciones suponía un peligro vital».

5. Por todo lo expuesto, debemos concluir que la asistencia sanitaria prestada ha sido conforme a la *lex artis* en todo momento, no habiendo relación causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario, tal y como ha probado la Administración.

6. Además, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe a los reclamantes, 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).

En este caso**,** los reclamantes no han logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

7. Por las razones expuestas, no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.