Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 2 9 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de julio de 2024.

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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 366/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [91.763,14 € -folios 1, 21 y 30-] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -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 la citada LPACAP y 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

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

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. 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 el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 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.

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

5.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 16/2023, de 18 de enero -con cita del anterior Dictamen 66/2020, de 3 de marzo-:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure propio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis´, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure propio´, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien `vida´ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) ».

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

En conclusión, a la luz de lo anteriormente expuesto, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de (...) [madre del menor fallecido –(...)-] para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su hijo [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Por lo demás, la interesada actúa mediante la representación de su abogado; constando debidamente acreditado en el expediente el poder de actuación de este último [art. 5 LPACAP].

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

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción, toda vez que la reclamación se presentó el día 15 de abril de 2021 en relación con un hecho dañoso

[fallecimiento del menor] que acontece el día 16 de abril de 2020. Extremo éste que no es cuestionado por la Administración sanitaria en su Propuesta de Resolución.

7. 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 causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo -(...)- y que determinó, en última instancia, el fallecimiento del paciente menor de edad.

A este respecto, la interesada fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos -folios 1 y ss.-:

«PRIMERA.- Suscribe la presente la madre de (...), nacido el 08/11/2019 en el Hospital Materno Infantil de Gran Canaria. (...) falleció el 16/04/2020, a los 5 meses de edad, a consecuencia de la incorrecta asistencia sanitaria que recibió en dicho centro hospitalario. (...) .

SEGUNDA.- El 06/06/2019, en la ecografía del segundo trimestre (semana 18+3 de gestación), se objetivó en el feto la presencia de una cardiopatía congénita tipo atresia pulmonar con septo interventricular íntegro y ventrículo derecho hipoplásico.

Ante este hallazgo, el cirujano cardíaco explicó a la paciente el pronóstico de la patología y las posibilidades de manejo postnatal. Por tanto, por el momento, Tara descartó interrumpir el embarazo.

Desde el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, se remitió a la paciente al Hospital Universitario 12 de octubre para valorar si era candidata a cirugía de valvuloplastia intraútero. El 14/06/2019, tras la realización de las pruebas diagnósticas oportunas, se descartó la cirugía de valvuloplastia pulmonar fetal intraútero dada la morfología que el ventrículo derecho del feto tenía en ese momento.

No obstante, se informó a los padres de que el bebé podría ser intervenido quirúrgicamente cuando naciera, con buena calidad de vida. El manejo neonatal inmediato consistía en el mantenimiento del ductus arterioso abierto farmacológicamente (Pgs) y después mediante stent colocado por cateterismo. Posteriormente, según la evaluación

cardíaca, se determinaría el tipo de cirugía de paliación no-biventricular a realizar (tipo Glenn o de ventrículo y medio vs. Fontan – ventrículo único).

Ante este pronóstico, (...) finalmente decidió continuar con el embarazo.

TERCERA. - El 08/11/2019, (...) dio a luz a (...) El recién nacido pesó 3,135 kg, con Apgar 9/9, sin precisar reanimación. A la exploración, (...) permanecía bien oxigenado y perfundido, normohidratado, con buena ventilación pulmonar bilateral, latidos rítmicos y examen neurológico, tono y reactividad acorde a su edad gestacional. El niño, pese a su enfermedad cardíaca, tenía un buen estado de salud.

CUARTA. - A los 4 días de vida, el 12/11/2019, se sometió al recién nacido a cirugía para colocación de stent en ductus arterioso. Es preciso apuntar que, para la realización de este tipo de cirugías cardiacas en neonatos, lo habitual es esperar a los 10 días de vida. No obstante, los padres de (...) fueron informados de que se trataba de un procedimiento rápido y sencillo, y que el niño recibiría el alta tres días después de la cirugía. Además, se les adelantó que la intervención de paliación se llevaría a cabo cuando (...) tuviera alrededor de un año de vida.

Pues bien, durante la intervención, tras la colocación de 2 stents, la guía del cateterismo se quedó atrapada en el interior del ductus, siendo imposible retirarla. Por ello, se decidió cirugía emergente para retirada del material e implante de fístula aorto-pulmonar. Así, bajo circulación extracorpórea (CEC), se retiraron los stents y la guía, y se realizó fístula central aortopulmonar.

El tiempo de CEC fue de 56 minutos y se produjo una parada circulatoria de minuto y medio para la retirada del material intraductal. Además, el recién nacido requirió politransfusión.

QUINTA.- Finalizada la intervención, el recién nacido fue ingresado de gravedad en la Unidad de Medicina Intensiva Pediátrica (UMIP), con inestabilidad hemodinámica, fracaso renal agudo de origen multifactorial (hipoperfusión, trombosis bilateral de venas renales (...)) y trombosis venosa femoral derecha. La trombosis venosa femoral fue provocada por la guía del cateterismo, realizado vía femoral (sobre este extremo, la ahora reclamante afirma que la pierna derecha estaba completamente negra tras la intervención, asegurándole los facultativos que era muy probable que la perdiera).

El facultativo asignado para el seguimiento del mejor fue el Dr. (...)

La evolución respiratoria fue tórpida. Se realizó una primera extubación el 14/11/2019, pero precisó reintubación a las 48 horas por sobrecarga hídrica e infección respiratoria (en el broncoaspirado de 16/11/2019 se aisló E. cloacae multirresistente, que se trató con antibioterapia durante 14 días). El 29/11/2019, se volvió a intentar extubar al bebé, pero fracasó por mal manejo de secreciones y atelectasia del lóbulo superior derecho.

Entre tanto, el 05/12/2019 se le realizó, mediante cateterismo cardiaco, implante de 2 stents solapados en el tabique interauricular, con mejoría de la inestabilidad hemodinámica.

Finalmente, el 18/12/2019 se extubó al recién nacido, con éxito. Se dio paso a ventilación no invasiva, con destete progresivo (weaning) de la ventilación mecánica hasta pasar a cánulas nasales convencionales.

Asimismo, durante su estancia en la UMIP, se produjo la dehiscencia de la herida quirúrgica, que se manejó con curas locales.

El 26/12/2019, ante la estabilidad clínica de (...), se decidió el alta a planta. En planta, se aumentaron de forma progresiva los aportes orales y se le retiró la nutrición parenteral. Asimismo, se mantuvo la fisioterapia respiratoria y se disminuyó la oxigenoterapia, con saturaciones de oxígeno de 88-92% con aire ambiente. En este punto, el Informe de Alta del Servicio de Cirugía Cardiaca de la Unidad Médico-Quirúrgica de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del CHUIMI, refiere que estas saturaciones eran adecuadas. En absoluto: por debajo de 90%, los niveles de saturación de oxígeno no son normales, sino que son característicos de hipoxemia.

De hecho, en las notas de una exploración física –de la que no consta el día ni la hora– registrada en ese mismo informe, se recoge que las saturaciones del bebé se encontraban entre 85-90% y que presentaba ligero tinte subcianótico. La cianosis implica que el aporte de oxígeno en sangre es insuficiente, con los problemas de que ello se deriva.

El manejo del bebé por parte del personal de planta fue más que discutible. La madre y ahora reclamante asegura que no se apuntaban correctamente las tomas que el niño realizaba, y que se bañaba al niño en condiciones no adecuadas (encima de la cama, con las sábanas mojadas, en una habitación grande y fría, en pleno diciembre). El hecho de que sus tomas no fueran correctamente registradas provocó que al niño no se le diera el alta días antes, puesto que el cardiólogo estaba pendiente de este punto para mandarlo a casa. Por ello, la propia reclamante comenzó a apuntarlas y a guardar los biberones para llevar un registro de sus comidas.

Debido a ello y a las malas condiciones en que bañaban al niño, (...) presentó una bronquiolitis durante su estancia en planta (debido al mal manejo de las tomas, lo cual podría haberse evitado, evitando también que contrajera la bronquiolitis).

Los siguientes días, (...) comenzó con tos y secreciones. El 03/01/2020, a (...) se le administró una vacuna y, tras la inoculación, la tos y las secreciones aumentaron.

Finalmente, el 04/01/2020 se decidió darle el alta a domicilio, con control estrecho ambulatorio de su ganancia ponderal.

SEXTA.- Dentro del plan de control pautado, el 07/01/2020 (...) llevó a su bebé al Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias para control de peso y evaluación clínica.

En los tres días que había estado de alta, el recién nacido continuaba estable, si bien persistiendo los síntomas respiratorios de vías altas –que se habían iniciado los días previos al alta–, consistentes en aumento de secreciones y tos.

Durante la exploración, (...) presentó hipoactividad, con tendencia a la somnolencia, mala perfusión, con saturación de oxígeno entre 66 y 74% y mayor trabajo respiratorio con tiraje sub e intercostal, que mejoró tras oxigenoterapia a 2 litros.

Se sometió al bebé a tratamiento y se le realizaron pruebas diagnósticas, que arrojaron descompensación cardíaca e importante acidosis metabólica. Por ello, se cursó su ingreso en la UMIP. A partir de este momento, la situación del niño empeoró, al pasar a ser tratado por 6 facultativos distintos. No se tuvieron en cuenta las indicaciones y pautas dadas por su cirujano ni por su médico.

Se inició oxigenoterapia de alto flujo a 10 litros, así como soporte vasoactivo con dopamina, que después se cambió a perfusión continua por persistencia de la disfunción respiratoria. Además, se pautó antibioterapia de amplio espectro por virus respiratorio sincitial.

El 15/01/2020 (octavo día de ingreso en UMIP), se evidenció empeoramiento con trabajo respiratorio subcostal muy llamativo en contexto de pico febril, que precisó aumento de soporte y reinicio de soporte vasoactivo. No obstante, (...) se recuperó. El 03/02/2020, estando con fiebre el bebé, comunicaron a (...) que le iban a pautar una segunda vacuna, a lo que se negó. La reclamante había solicitado pruebas de alergia, que nunca le realizaron. Aun así, le pusieron esta vacuna a (...), pese a la negativa de su madre. Esa misma noche, volvió a ocurrir lo mismo que con la primera vacuna: el bebé presentó secreciones con sangre, aumento de fiebre, tos y mocos. A consecuencia de ello, tuvieron que intubarle.

El 06/02/2020, el bebé presentó deterioro hemodinámico con hiperlactacidemia, con desarrollo posterior de fracaso múltiple orgánico en el contexto de insuficiencia cardiaca descompensada. Lo que ocurrió es que, pese a estar vigilado 24h, se produjo una bajada de azúcar tan severa que incluso el glucómetro no registraba. Por ello, le administraron glucosa reiteradamente.

Tras este episodio, (...) continuó empeorando. Dada la evolución tórpida, el 24/02/2020 se sometió al paciente a intervención quirúrgica paliativa (Glenn), con retirada de stent. Recordemos que lo habitual es realizar esta cirugía cuando el paciente tiene alrededor de un año de vida, y nunca antes de los 6 meses ((...) no había cumplido 4 meses aún). La cirugía fue exitosa, sin embargo, en el postoperatorio no se siguieron ninguna de las pautas que había indicado su cirujano, el Dr. (…).

Tras la operación, no se extubó a (...), pues temían que se pusiera nervioso por la medicación.

En las semanas posteriores, se llevó a cabo el proceso de weaning (proceso de desconexión de ventilación mecánica), de nuevo, sin atender a las recomendaciones del facultativo encargado del bebé. Los días que su facultativo se encontraba en la UMIP, el weaning se realizaba correctamente, bajándole la sedación al niño; mientras que los días en los que estaba el médico de guardia, le subía la sedación, provocando que el proceso no fuera efectivo. Se pidió a los facultativos de UMIP que extubaran al niño cuando mostrara algo de mejoría, aunque hubiera que usar un tiempo la total face en vez de alto flujo, pero tenían miedo y nunca le dieron la oportunidad al niño de salir adelante por sus propios medios, no recibió la ayuda que necesitaba.

Además, el 02/03/2020, aconteció progresión de tubo orotraqueal con intubación selectiva de bronquio principal derecho y desarrollo de atelectasia (obstrucción) completa del hemitórax izquierdo, que precisó intubación nasotraqueal. Posteriormente, se intentó retomar el weaning, pero se complicó con síndrome febril por infección respiratoria y de orina, para lo que se pautó antibioterapia.

El 08/03/2020 –más tarde de lo pautado por su cirujano– se retiraron ambos drenajes torácicos. A las pocas horas, se objetivó el empeoramiento del paciente, que vomitó. Se le sometió a radiografía de tórax en la que se halló pneumotórax bilateral, que inicialmente se decidió no drenar. No obstante, el bebé comenzó a empeorar a nivel hemodinámico y respiratorio, por lo que, finalmente, se decidió la colocación de drenaje torácico derecho, que provocó reexpansión pulmonar completa.

No obstante, el 10/03/2020, volvió a reproducirse el pneumotórax derecho, por lo que se colocó nuevo drenaje torácico.

Según el cirujano, lo que procedía era disminuir la sedación al bebé y extubarlo puesto que, si no se extubaba, se generaba un daño en los pulmones y en el Glenn. El médico de guardia hacía caso omiso a estas recomendaciones, hasta el punto de que los padres de (...) presenciaron una disputa acalorada entre ambos facultativos sobre el tratamiento a seguir.

En los días posteriores, se objetivó un aumento progresivo de presiones de Glenn, hasta que en la madrugada del 13/03/2020 se reprodujo de nuevo el pneumotórax, precisando colocación de nuevo tubo de drenaje torácico. Ante la persistencia de presiones altas de Glenn, (40mmHG), se decidió en sesión conjunta de Cirugía Cardíaca y Cardiología Pediátrica la realización de cateterismo urgente para descartar alguna complicación no objetivada en las ecografías de control.

Es preciso apuntar que los progenitores no firmaron el correspondiente consentimiento informado, y ni siquiera fueron informados oralmente del procedimiento y de sus posibles riesgos. Más aún, la ahora reclamante rechazó que el niño fuera intervenido hasta que no estuviera estable.

No obstante, en la cirugía se descartó que existiera un problema con el Glenn. Cabe señalar que el cirujano encargado del niño, el Dr. (…), no estaba al tanto de esta cirugía.

El caos en la UMIP no cesaba. Su médico tenía que preguntarle a la madre del niño, (...), qué había realizado el compañero durante la guardia, puesto que los registros de la historia clínica no se correspondían con lo que el personal le refería que habían realizado.

A mayor abundamiento, la labor de Enfermería fue absolutamente vulneradora de la lex artis. En una ocasión, el 02/02/2020 la dosis de sedación que le pautaron fue tan alta que el niño estuvo 3 días enteros sin despertarse. (...) refiere que a las 12 del mediodía se ausentó 15 minutos para tomar café y cuando volvió lo habían "drogado". Preguntada esta circunstancia al facultativo, informó a los padres que él no había autorizado la sedación, y que las decisiones sobre la sedación correspondían exclusivamente a los médicos, ofreciéndoles que formalizaran una queja hacia esta enfermera. La madre, (...), finalmente decidió no hacerlo, por miedo a que pudiera haber represalias en el cuidado del niño.

La Jefa de Servicio de la Unidad llamó a la enfermera tras hablar con el médico, que le había comunicado lo ocurrido, pero simplemente le indicaron que la apreciaban y tal vez la trasladaban, pero no sucedió.

Además, las enfermeras también manipulaban el alto flujo y el respirador, para lo cual no están capacitadas. (...) presentó una queja formal y, posteriormente, no volvió a ocurrir.

El bebé cada día tenía más alto el Peep –la presión del respirador–, lo que era dañino para sus pulmones y cerraba el Glenn, como sostenía el cirujano. No obstante, los facultativos de la UMIP mantenían la sedación alta, sin que el niño realizara trabajo respiratorio. De hecho, el día antes de fallecer, uno de los facultativos le indicó a la madre, (...), que iban a bajarle la presión porque estaba muy alta y había ido cerrándole el Glenn. Así, reconoció que, por mal manejo del respirador, se había producido un empeoramiento en el Glenn.

El 03/04/2020, se propuso a los padres someter a (...) a traqueotomía e implantarle un botón gástrico. No obstante, ninguna de las opciones se llevó a cabo, puesto que no llegaba la pieza pequeña necesaria para realizarle la traqueotomía.

En abril, se decidió el manejo conservador del bebé, a lo que la madre se opuso. Era su voluntad que el bebé fuera tratado mientras hubiera una pequeña (...) mantuvo una reunión con el Dr. (…), en la que comentaron que la asistencia sanitaria no se había realizado adecuadamente. Los padres del menor solicitaron su traslado a un hospital de la península, que fue rechazado por motivo de la pandemia por Covid-19. El que se rechace una segunda opinión médica a la que los progenitores tenían derecho, amparándose en una situación sanitaria nos parece, cuanto menos, irónico. No dudamos que la situación de pandemia ha sido de gran relevancia, pero no menos que esa segunda opinión que los padres demandaban para su hijo.

Finalmente, el 16/04/2020, a las 15:45h, se certificó el fallecimiento de (...) El día que (...) falleció, su cirujano –el doctor (…)– y la Jefa de Enfermería de Cardiología solicitaron ser avisados para estar con el niño y la familia, pero desde UMIP esto tampoco sucedió.

Por otro lado, no podemos dejar de mencionar el dolor que causó a la reclamante el hecho de que, por el estado de alarma, desde el 09/03/2020 tan solo se le permitiera estar con su hijo una hora al día, pese a que le manifestaban que su estado era de extrema gravedad y podía fallecer en cualquier momento. (...) se quedaba en el parking del Hospital, para estar cerca por si su hijo si algo acontecía.

Por este motivo, la reclamante formalizó una reclamación en atención al paciente, que fue desoída. Asimismo, habló con los Jefes de Servicio y con la Subdirección Médica, pero se le impidió ver a su hijo, hacerse cargo de él y vigilar lo que se hacía y no se hacía. Durante este período, y hasta su fallecimiento, la situación del menor comenzó a empeorar y apenas se le informaba sobre su estado».

2. A la vista de lo manifestado anteriormente, la reclamante afirma la vulneración de la *lex artis ad hoc* en la prestación sanitaria dispensada al menor de edad, enumerando los siguientes *«actos médicos reprochables»* -folios 9 y ss.-:

«1. MALA PRAXIS EN LA REALIZACIÓN DEL CATETERISMO DEL 12/11/2019.

En primer lugar, es reprochable que al bebé se le sometiera a la intervención cuando tan solo contaba con 4 días de vida, cuando lo recomendable en este tipo de cirugía es esperar hasta que el bebé tenga, al menos, 10 días, para asegurar que el niño esté en mejor condición, más estabilizado y fuerte, para afrontar la cirugía.

No obstante, lo que realmente supone una quiebra de la lex artis es lo acontecido durante el cateterismo. Como ya hemos expuesto (...), la guía del cateterismo se quedó atrapada dentro del ductus, sin que fuera posible retirarla. Es evidente que algo tuvo que hacerse mal durante el cateterismo para que esto sucediera, posiblemente que se empleara una técnica incorrecta, de lo que no ha habido explicación por parte de los facultativos. El cuidado debió extremarse al introducir y manipular la guía del cateterismo, al tratarse de un paciente tan pequeño, de tan solo 4 días de edad, con las vías arteriales y venosas muy pequeñas.

A mayor abundamiento, por parte del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria no se ha aportado el Consentimiento Informado de esta intervención quirúrgica, por lo que no podemos afirmar que los progenitores consintieran los riesgos de la misma. De hecho, dada la ausencia del consentimiento, tampoco se puede afirmar que el atrapamiento de la guía en el ductus sea uno de los riesgos del procedimiento.

Pese a ello, incluso aunque lo fuera, ello no facultaba a obrar sin extremar el cuidado durante la cirugía, facilitando el resultado que finalmente aconteció. El CI no puede jugar a

modo de una "patente de corso", en feliz expresión jurisprudencial, que permita amparar cualquier tipo de actuación imprudente, sino que es la adecuación a la lex artis ad hoc la que debe servir para decidir sobre la existencia o no de ausencia de responsabilidad. La existencia de CI ni autoriza, ni justifica conductas contrarias a la buena práctica médica.

Todo ello propició que la intervención durara muchas horas y que fuera necesario intervenir de urgencia de nuevo para retirar el material y realizar un implante. Todo este procedimiento, en el que el recién nacido tuvo que ser incluso politransfundido, produjo un gran deterioro en el estado de salud del menor. (...) entró a quirófano en buen estado de salud, pero salió muy grave, con inestabilidad hemodinámica, fracaso renal agudo de origen multifactorial (hipoperfusión, trombosis bilateral de venas renales (...)) y trombosis venosa femoral derecha, precisando ingreso directo en la UMIP.

Sin duda, lo acontecido durante esta intervención empeoró con creces el pronóstico del menor, pese a que a los padres les habían asegurado que se trataba de un procedimiento muy rápido y sencillo.

No se entiende que de un procedimiento tan sencillo inicialmente se produjeran unos daños tan graves, que no se han podido explicar por parte del equipo médico, lo que constituye un DAÑO DESPROPORCIONADO. Como tiene sentado reiteradamente la Jurisprudencia, cuando se produce un resultado desproporcionado con lo que es usual comparativamente, existe una presunción de defectuosa prestación del servicio que obliga a invertir la carga de la prueba.

2. LA GUÍA DEL CATETERISMO PROVOCÓ UNA TROMBOSIS VENOSA FEMORAL.

Además de los daños descritos en el apartado anterior, la guía del cateterismo provocó una trombosis venosa femoral derecha en el recién nacido. En quirófano debió haberse vigilado de forma estrecha la vía femoral por la que se realizó el cateterismo, toda vez que transcurrieron muchas horas desde que comenzó el cateterismo hasta que pudo extraerse la guía mediante la cirugía urgente, pero no se hizo.

Está acreditado que los cirujanos manipularon la guía del cateterismo durante (...) mucho tiempo, para intentar retirarla del interior del ductus. Esta manipulación, sin duda, provocó la trombosis femoral que sufrió el bebé. Lo cierto es que el niño salió de quirófano con la pierna completamente negra, tal y como puede asegurar su madre, (...). Así, la trombosis venosa femoral progresó sin que fuera advertida por el equipo médico a cargo de la cirugía.

Dadas las circunstancias (cirugía de muchas horas de duración y manipulación de la guía del cateterismo introducida por vía femoral), era necesario vigilar de forma estrecha la vía para prevenir la aparición de trombosis venosa, y llegado el caso de que la pierna mostrara signos de trombosis, poner las medidas adecuadas para que no continuara avanzando.

Nada de esto se realizó, provocándose una trombosis venosa femoral aguda a la que tuvo que hacer frente (...), de nuevo, empeorando su pronóstico vital.

3. INCORRECTO MANEJO DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN LA UMIP.

(...) la asistencia recibida por el menor durante su estancia en la UMIP no fue adecuada. No se siguieron las recomendaciones indicadas por su facultativo de referencia, el cirujano Dr. (…). Cuando el Dr. (…) no estaba de servicio, medicina de guardia acogía su propio criterio, y (...) automáticamente retrocedía en sus avances.

Además de lo relatado anteriormente sobre el manejo del bebé en la UMIP, especial reproche merece la realización incorrecta del proceso de weaning. Para un destete adecuado de la ventilación mecánica, el bebé necesitaba que se le disminuyera la sedación y se le extubara, además de disminuir la presión del respirador (Peep). No obstante, se mantuvo a (...) con una sedación y Peep demasiado altos, con el resultado de que se le cerrara el Glenn paulatinamente.

Otra de las vulneraciones de la lex artis ad hoc la encontramos en el manejo incorrecto de los drenajes torácicos. La retirada de los drenajes que se llevó a cabo el 08/03/2020 provocó un pneumotórax bilateral. Además, la decisión de no drenar el pneumotórax bilateral provocado, propició que (...) empeorara a nivel hemodinámico y respiratorio.

Cuando se volvió a colocar el drenaje, el bebé sufrió reexpansión pulmonar y nuevo pneumotórax (de hecho, aconteció pneumotórax cada vez que se colocaba un drenaje). Por supuesto, todos estos procedimientos fallidos, que solo pueden responder a un mal manejo del paciente y a una falta de cuidado inadmisible, hicieron que el estado de salud de (...) cada vez estuviera más debilitado y con un pronóstico menos esperanzador.

Es evidente que la asistencia sanitaria prestada al bebé no fue acorde a la lex artis ad hoc. Recordemos que (...), a pesar de su patología cardiaca, nació en muy buen estado de salud y le dieron un pronóstico muy bueno. Por eso, incluso decidieron adelantar el cateterismo. La mala asistencia que recibió hizo que pasara de ser un bebé con posibilidades de desarrollarse con normalidad a fallecer a los 5 meses de vida.

4. FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CATETERISMO DEL 13/03/2020.

Para esta cirugía los padres no firmaron el correspondiente consentimiento informado.

No es válida la explicación de que se trataba de una cirugía urgente, puesto que dio tiempo, incluso, a que se comentara el caso en sesión conjunta de Cirugía Cardíaca y Cardiología Pediátrica.

Cuando la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica exime de prestar consentimiento informado, lo hace para los supuestos en que "existe riesgo

inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él", de conformidad con el art. 9.2.b).

En el caso que nos ocupa, es evidente que sí pudo recabarse el consentimiento informado de los padres. Si hubo tiempo para comentar el caso en la sesión, hubo tiempo también para someter la decisión a la autorización de los progenitores. De hecho, la madre, (...), se opuso categóricamente a la realización de esta intervención.

La falta de Información es totalmente injustificable y es una violación de la "lex artis" tal y como establece la Ley de Autonomía del Paciente (LAP) y como reconoce de forma reiterada la jurisprudencia».

3. Partiendo de los hechos descritos anteriormente y dando por sentada la concurrencia de los requisitos sobre los que se fundamenta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria [*«En el presente caso se nos presenta una adecuada RELACIÓN CAUSA (mala praxis en la realización del cateterismo del 12/11/2019, trombosis venosa femoral provocada por la guía del cateterismo, incorrecto manejo del paciente durante su estancia en la UMIP y falta de consentimiento informado para el cateterismo del 13/03/2020) – EFECTO (fallecimiento del paciente)»*], la reclamante plantea una pretensión indemnizatoria -con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidente de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre- cuyo monto total asciende a la cantidad de 91.763,14 €.

III

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

1. Mediante escrito con registro de entrada de 15 de abril de 2021, (...), actuando en nombre y representación de (...), interesa la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada al menor (...) en el Complejo Hospitalario Universitario Insular–Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria -en adelante, CHUIMI-.

2. Con fecha 4 de mayo de 2021 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 6 de septiembre de 2023 se remiten por el Servicio de Inspección y Prestaciones -en adelante, SIP- los informes de los Servicios de Cardiología Pediátrica -folios 1154 a 1156- e informe del Servicio de Medicina Intensiva pediátrica -folios 1159 y 1160-.

4. Con fecha 17 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.

Dicha resolución administrativa figura convenientemente notificada a la interesada.

5. Con fecha 18 de octubre de 2023 se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia; constando en el expediente su notificación en legal forma a la reclamante.

6. Tras diversas solicitudes de ampliación del plazo para formular alegaciones que fueron debidamente atendidas por la Administración sanitaria y, con fecha 24 de noviembre de 2023, el representante legal de la interesada presenta escrito de alegaciones.

7. Con fecha 5 de febrero de 2024, y a la vista de las alegaciones formuladas por el representante de la perjudicada, se evacua informe complementario del SIP.

8. Con fecha 12 de febrero de 2024 se acuerda dar traslado del informe complementario del SIP al representante de la interesada.

9. Con fecha 22 de febrero de 2024 el representante de la interesada formula, nuevamente, escrito de alegaciones.

10. Con fecha 26 de abril de 2024 el SIP evacua un segundo informe complementario -al que *« (...) se acompañan Notas Clínicas e Informe del Servicio de Cardiología de 16/04/2024 del CHUIMI»*- en relación con las nuevas alegaciones presentadas por la reclamante.

11. Con fecha 2 de mayo de 2024 se acuerda dar traslado de los informes complementarios citados en el apartado anterior al represente de la perjudicada, quien formula las oportunas alegaciones con fecha 14 de mayo de 2024.

12. 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, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

13. Con fecha 5 de junio de 2024 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se plantea «*desestimar la reclamación formulada por (...) en nombre y representación de Dª (...), al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración*».

14. Mediante oficio de 7 de junio de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 11 de ese mismo mes y año], 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, ni en ésta, ni en los diversos informes emitidos por el SIP a lo largo de la instrucción del expediente se entra a valorar las afirmaciones contenidas en el

escrito de reclamación inicial respecto a la existencia de una *«pérdida de oportunidad»* -folios 23 a 27- y *«daño desproporcionado»* -folio 11- [circunstancia esta última que se reitera en los posteriores escritos de alegaciones formulados por el representante de la perjudicada -*v.gr.,* folio 1198-] en el supuesto que ahora se analiza, ni las diversas negligencias denunciadas por la madre del menor fallecido en su escrito de alegaciones de 24 de noviembre de 2023 [folios 1196 y ss.: *«Durante su instancia en el Hospital, se le administró una segunda vacuna, en contra de la decisión de los familiares de Niko»*; *«En los días antes del fallecimiento (...) la actitud que se tuvo con el menor y sus padres fue denigrante. Entre otras cosas, en alguna ocasión se llegó a pautar a la menor dosis más altas de sedación, por lo que el menor estuvo tres días sin despertarse. Además, se rechazó que la familia pudiese solicitar una segunda opinión en un Hospital de la península»*, *« (...) el manejo del paciente durante su estancia en la UMIP fue incorrecto, tanto que incluso llegó a intervenirse al menor sin que los padres lo consintiesen»*; etc.], y, mucho menos, las manifestaciones formuladas por la perjudicada en su último escrito de alegaciones de 14 de mayo de 2024 -folios 2017 a 2021- [a cuyo contenido procede ahora remitirnos].

Es por ello por lo que, se considera necesaria la emisión de informe complementario por parte del SIP en el que se analicen tales extremos. Documento que, como ya ha tenido ocasión de manifestar este Consejo Consultivo, aunque no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar correctamente 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.

Respecto a la singular trascendencia del informe del SIP en el marco de los procedimientos administrativos tramitados en concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, este Consejo Consultivo de Canarias se ha pronunciado en los siguientes términos [Dictamen 63/2024, de 1 de febrero]:

« (...) no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP interesado por el propio órgano instructor (...) . 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 omnicomprensiva 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 se entiende oportuno retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe complementario del SIP, en el que se contenga un pronunciamiento/valoración sobre las cuestiones señaladas en el apartado anterior.

Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de Resolución [en la que se habrá de examinar, separadamente, los diferentes argumentos esgrimidos por la perjudicada como fundamento de su reclamación, así como valorar los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones -informes evacuados por los diversos servicios médicos actuantes, informes del SIP, etc.- *ex* arts. 35.1, letra h) y 88 LPACAP], 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

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