



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 154 / 2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de mayo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 121/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud iniciado por (...) en solicitud de una indemnización de 10.920 euros por los daños que alega que le ha causado la deficiente asistencia médica recibida, por cuenta del Servicio Canario de la Salud, en el Hospital (...), centro sanitario privado concertado con el citado Servicio.

2. La cuantía de la indemnización solicitada determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero 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 relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y de no extemporaneidad de la reclamación (artículos 139 y 142.5 LRJAP-PAC).

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

El hecho lesivo, la caída que sufre el reclamante, tuvo lugar el día 12 de octubre de 2010 mientras que la reclamación patrimonial se presentó el día 2 de noviembre de 2011. Este Consejo considera que la reclamación patrimonial no es extemporánea toda vez que el interesado había interpuesto una reclamación ante la Dirección del Área de Salud el día 28 de enero de 2011. Además, no es hasta la realización de la ecografía diagnóstica de fecha 9 de febrero de 2011 cuando se determina el alcance de la lesión que sufrió el reclamante, por lo que la reclamación se presenta dentro del plazo de un año establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

4. El interesado reclama una indemnización por los daños que, alega, le ha causado la deficiente asistencia médica recibida en el centro sanitario privado concertado Hospital (...).

5. El objeto de los conciertos sanitarios es la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a las Administraciones públicas (art. 90.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, LGS. La Administración fija los requisitos y condiciones mínimas básicas y comunes de los conciertos (art. 90.4 LGS), los cuales establecen las obligaciones y derechos de las partes (art. 90.6 LGS), correspondiendo a la Administración las funciones de inspección sobre los aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados (art. 94.2 LGS). La Administración ostenta poderes de policía sobre el centro concertado dirigidos a garantizar que la asistencia sanitaria se preste en las condiciones legales y convenientes, pero la actividad del centro concertado no se publica.

Los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en la citada Ley 14/1986, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos que se contempla en el art. 277.c) del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP), aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre. Esta naturaleza del concierto sanitario como un contrato de gestión indirecta de los servicios públicos implica que para todo aquello que no regule el art. 90 LGS habrá que acudir a la legislación general de contratación pública que se halla contenida en el citado Texto Refundido. Por esta razón, como el art. 90 LGS no regula el régimen de la responsabilidad patrimonial derivada de la ejecución del concierto, ese régimen es el establecido en el art. 280.c) TRLCSP, según el cual el contratista está obligado a indemnizar los daños que en la ejecución del contrato cause a terceros, excepto cuando el daño sea producido a causas imputables a la Administración. Esta

regla es una reiteración de la contenida en el apartado primero del art. 214.1 TRLCSP, cuyo apartado segundo precisa que por causas imputables a la Administración han de entenderse las órdenes de esta que originen directa e inmediatamente los daños, y los causados por los vicios de los proyectos elaborados por ella misma.

En definitiva, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el Servicio Canario de la Salud en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de este, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los arts. 214 y 277.a) TRLCSP. Así resulta de la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992; de la disposición adicional primera del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo; del segundo párrafo del art. 9.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial; y del art. 2.e) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Conforme a todos estos preceptos, el procedimiento para las reclamaciones por daños causados por contratistas de la Administración (en general y, en especial y expresamente, por los centros sanitarios privados concertados) es el regulado en el antedicho Reglamento, y en ellos está legitimada pasivamente la empresa contratista, puesto que tiene la cualidad de interesada según el art. 31.1.b) LRJAP-PAC, en relación con los arts. 214 y 280.c) TRLCSP.

Lo expuesto hasta aquí no es desvirtuado por el hecho de que el art. 214.3 TRLCSP contemple que los terceros perjudicados «podrán requerir previamente, dentro del año siguiente a la producción del hecho al órgano de contratación para que este, oído el contratista, se pronuncie sobre a cuál de las partes contratantes corresponde la responsabilidad de los daños. El ejercicio de esta facultad interrumpe el plazo de prescripción de la acción». Ello es así por las siguientes razones:

Lo que el art. 214.3 TRLCSP confiere al perjudicado es una facultad como expresamente la califica el tenor del precepto y como resulta de la expresión «podrá

requerir». No le impone la carga de que para alcanzar su pretensión deba formular necesariamente ese requerimiento como un obligatorio trámite previo a la interposición de su reclamación. A su elección queda presentar esta directamente o formular ese requerimiento.

Esto lo corrobora el siguiente apartado 4 del art. 214 TRLCSP: «La reclamación de aquéllos se formulará en todo caso conforme al procedimiento establecido en la legislación aplicable a cada supuesto».

Ese requerimiento potestativo es distinto de la reclamación. Esta se ha de tramitar por el procedimiento legal que corresponda que, cuando se trata de daños causados a usuarios del servicio público de salud, será el procedimiento administrativo de reclamación de la responsabilidad patrimonial de la Administración, tal como ordenan los artículos antes señalados.

Estas razones explican que el instructor haya llamado al procedimiento al centro sanitario concertado en su calidad de presunto responsable del daño alegado, y le haya dado oportunidad de presentar prueba, vista del expediente y trámite de audiencia.

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, junto a este está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado, Hospital (...).

6. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud. La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

7. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado. Sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma ley.

II

Para analizar la regularidad de la tramitación del procedimiento tramitado se debe atender a los siguientes datos:

El reclamante, domiciliado en el Puerto de la Cruz, sufrió una caída accidental en su domicilio el 12 de octubre de 2010 en la que se lesionó el hombro derecho, por lo que ese mismo día acudió al Servicio de Urgencias del Hospital (...) (en adelante, hospital), centro concertado con el Servicio Canario de la Salud, donde fue atendido por el Servicio de Urgencias, cuyos facultativos lo remitieron al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del mismo Hospital, donde el traumatólogo que lo atendió constató en la exploración física «dolor, deformidad e impotencia funcional» y tras la práctica de una primera radiografía, diagnosticó «luxación glenohumeral derecha», por lo que procedió a su reducción cerrada, y, tras una segunda radiografía de control, le dio el alta hospitalaria por mejoría clínica, le prescribió reposo, Efferalgan y que volviera para control por el mismo traumatólogo dentro de tres semanas (informe de Urgencias y de alta hospitalaria, ambos de 12 de octubre de 2010, obrantes respectivamente en las páginas 182 y 187 del expediente).

El 8 de noviembre de 2010, acudió al hospital donde le realizaron una radiografía del miembro superior derecho, y el mismo traumatólogo que le atendió la vez anterior le prescribió que comenzara los ejercicios de rehabilitación, los cuales inició el 9 de noviembre de 2010

El 27 de diciembre de 2010, acudió a revisión en el hospital. El traumatólogo constató rigidez articular, secuelas de luxación glenohumeral, limitación de abducción y solicitó que se le realizara una resonancia magnética nuclear (RMN).

Debido a la obesidad del paciente, no se le pudo introducir en el túnel del equipo de resonancia, por lo que sustituyeron la prueba por una ecografía, realizada el 9 de febrero de 2011. La ecografía indicó que el paciente sufría en el miembro superior derecho una ruptura masiva del manguito rotador y un desgarro subtotal del tendón de la porción larga del bíceps.

El 11 de febrero de 2011, en la consulta del Servicio de Cirugía de Hombro del hospital, el facultativo, a la vista de esa ecografía, diagnosticó la ruptura masiva del manguito rotador y constató que el paciente presentaba omalgia y limitación a 20° de elevación activa del miembro superior derecho, por lo que se solicitó autorización

al Servicio Canario de la Salud para tratamiento quirúrgico, consistente en reparación mediante técnica de cirugía abierta del manguito rotador.

El 23 de marzo de 2011, se le practicó esta intervención mediante abordaje abierto vía transdeltoidea. Los cirujanos constataron la consolidación parcial de la tuberosidad mayor y la ruptura con retracción de los tendones del supraespinoso, infraespinoso y subescapular (manguito rotador). Por ello, repararon la ruptura y retracción de esos tendones liberando el manguito con reducción parcial del mismo por tres anclajes, cierres de presión y suturas de lado a lado con fibra de alambre. También ejecutaron la liberación y exéresis de la tuberosidad mayor de la cabeza del húmero que se hallaba fracturada con lisis parcial y fibrosis posterior. Suturaron por planos, instauraron redones de drenaje y colocaron un cabestrillo en el brazo derecho.

Tras seis semanas de inmovilización, a partir del 11 de enero de 2011, se le realizaron 30 sesiones de rehabilitación del proceso de trauma. Al final de las últimas diecinueve sesiones, la facultativa rehabilitadora del hospital comprobó que el balance articular no mejoraba y que el dolor impedía al paciente la movilización del hombro, por lo que suspendió el tratamiento rehabilitador y lo remitió al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de dicho centro, cuyo especialista decidió la suspensión del tratamiento rehabilitador y el abordaje quirúrgico de la patología mediante una artroplastia de sustitución de hombro, la cual se realizó el 14 de diciembre de 2012 para implantarle una prótesis total de hombro derecho invertida. Recibió el alta hospitalaria, el 17 de diciembre de 2012, con tratamiento y recomendación de control en consulta de COT del hospital.

El 3 de junio de 2013, el paciente ingresó por Urgencias del hospital por presentar episodio de inestabilidad del hombro. A la exploración se constató limitación severa de la movilidad del balance articular, omalgia y deformidad. En la radiografía practicada se observó luxación de la prótesis total de hombro, con ascenso humeral. Estos hallazgos determinaron que el 5 de junio de 2013 se le interviniera quirúrgicamente a fin de estabilizar la prótesis mediante su recambio parcial. Lograda la estabilidad de la prótesis, recibió el alta hospitalaria el 7 de junio de 2013 con tratamiento (profilaxis antitrombótica, antibióticos y profilaxis antitetánica) y recomendación de control en consulta de COT del hospital.

Como el paciente continuaba presentando dolor y limitación de 30° de elevación activa del miembro superior derecho, el 19 de junio de 2013 se le realizó electromiograma que indicó respuesta sensitivomotora en valores casi simétricos Y un

estudio neurofisiológico que mostraba una plexopatía braquial derecha, con afectación predominante del tronco superior, carácter axonal, y de intensidad leve-moderada de evolución crónica, sin signos agudos de denervación en su musculatura tributaria. La valoración conjunta de los facultativos de los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de Neurofisiología y Neurología concluyó que desde el punto de vista neurológico no se justificaba la limitación clínica que presentaba el paciente y que, por ello, no podía conocerse la etiología de la plexopatía braquial derecha con afectación del tronco superior que presentaba.

III

1. El hecho lesivo que alega el interesado consiste en que hubo un retraso en el diagnóstico de la rotura completa del manguito rotador derecho. Considera que ese retraso en el diagnóstico lo representan los cuatro meses que median entre el 12 de octubre de 2010, fecha de su caída y asistencia en el hospital, y el 11 de febrero de 2011, fecha en la que, a la vista de la ecografía del 9 de febrero de 2011, se le diagnosticó la ruptura masiva del manguito rotador. Afirma que si se le hubiera diagnosticado oportunamente esa lesión no sufriría la limitación funcional del miembro superior derecho.

El daño que alega estriba en que a causa de esa limitación funcional ha sido declarado en situación incapacidad total para su trabajo habitual con fecha 13 de octubre de 2011. Con base en la existencia de este daño, cuantifica la indemnización que solicita en el equivalente al importe anual de la prestación que percibe del Instituto Nacional de la Seguridad Social por hallarse en esa situación de incapacidad

2. El reclamante no propone ni aporta prueba médica dirigida a demostrar que:

a) La rotura completa del manguito rotador derecho ya se había producido el 12 de octubre de 2010 como consecuencia de la caída.

b) El diagnóstico y tratamiento oportuno de esa lesión habría evitado la limitación funcional de su miembro superior derecho.

La prueba de estos dos extremos es necesaria para establecer si se ha infringido la *lex artis ad hoc* en la asistencia que se le prestó entre el 12 de octubre de 2010 y el 11 de febrero de 2011, y si esa infracción causó la limitación funcional, para así poder afirmar que existe una relación de causalidad entre una y otra.

3. El reclamante tampoco acredita estos dos hechos:

1) Que haya sido declarado en situación incapacidad total para su trabajo habitual.

2) Que esa declaración haya sido determinada exclusivamente por esa limitación funcional, sin atender a las otras patologías que constan en su historia clínica.

La prueba de estos dos extremos es necesaria para considerar acreditado el daño alegado.

4. Para poder pronunciarse sobre la pretensión resarcitoria, que se basa en el alegado retraso en el diagnóstico de la ruptura del manguito rotador derecho, es necesario que queden establecidos médicamente los siguientes extremos de hecho:

a) Si la causa de la ruptura fue la caída y si los facultativos que lo atendieron debieron sospechar su existencia y ordenar la práctica de una RMN o una ecografía para confirmar o descartar su existencia.

b) Si, por el contrario, la ruptura está relacionada bien con la reducción cerrada practicada el día 12 de octubre del 2010, bien con el tratamiento rehabilitador que se inició el 19 de noviembre del 2010 y que se prolongó durante seis semanas.

Una vez determinados esos extremos, habría que establecer médicamente si el transcurso del plazo que media entre el 9 de febrero de 2011, fecha del diagnóstico de la ruptura del manguito rotador, y el 23 de marzo de 2011, fecha de la intervención quirúrgica dirigida a solucionarla, influyó en el surgimiento o agravación de limitación funcional.

5. Los informes iniciales de los facultativos del hospital, al igual que el informe del médico-inspector del Servicio de Inspección y Prestaciones, se limitaron a analizar la asistencia sanitaria prestada desde la intervención quirúrgica de reparación de rotura del manguito rotador efectuada el 23 de marzo de 2011, para concluir que no se había infringido la *lex artis ad hoc* en la asistencia prestada y que tanto la limitación funcional como la luxación de la prótesis constituían daños iatrogénicos, de cuyos riesgos de producción había sido informado el paciente previamente a las intervenciones quirúrgicas, el cual los había aceptado mediante la firma de los documentos de consentimiento informado donde aparecen descritos.

IV

1. En la tramitación del procedimiento se redactó una primera Propuesta de Resolución en la cual (con infracción del art. 89.3 LRJAP-PAC, que impone que en los procedimientos tramitados a solicitud del interesado, la resolución será congruente

con las peticiones formuladas por este) se afirmaba que «(...) el interesado reclama porque, a pesar de haber sido intervenido quirúrgicamente de rotura completa del manguito rotador derecho, seis meses después, y finalizada la rehabilitación, el diagnóstico que alcanza es: "sin mejoría álgica con el 20° de activo". Esta situación ha hecho que se le reconozca la incapacidad total para su trabajo habitual con fecha 13 de octubre de 2011».

A partir de esta afirmación, con fundamento en los informes médicos emitidos, la Propuesta de Resolución establecía que no se había infringido la *lex artis ad hoc* en la asistencia prestada y que el riesgo de plasmación de los daños iatrogénicos alegados había sido aceptado por el reclamante mediante la firma de los documentos de consentimiento informado, por lo que no revestían la naturaleza de antijurídicos, razones por las cuales se dirigía a la desestimación de la pretensión.

2. Sometida la Propuesta de Resolución al informe preceptivo del Servicio Jurídico previsto por el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por el Decreto 19/1992, de 7 de febrero, este puso de relieve que la Propuesta de Resolución desestimaba la pretensión porque fue adecuada la asistencia sanitaria prestada desde la intervención quirúrgica del 23 de marzo de 2011 y porque la limitación funcional y la luxación de la prótesis constituían la concreción de riesgos iatrogénicos descritos en los documentos de consentimiento informado suscritos por el reclamante; mientras que la pretensión se fundaba en que se produjo un retraso en el diagnóstico en el periodo comprendido entre el 12 de octubre de 2010 y el 11 de febrero de 2011, por lo que se debía dilucidar si la causa de la ruptura fue la caída o que se hubiera incurrido en alguna negligencia en la asistencia prestada en dicho periodo.

3. A la vista de las cuestiones que suscitaba el informe del Servicio Jurídico, se solicitó del Servicio de Inspección y Prestaciones un informe complementario que las analizara. El inspector médico que redactó el primer informe se dirigió al Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de hospital para que emitiera un informe sobre las cuestiones traumatológicas planteadas por la Asesoría Jurídica departamental. Este último facultativo emitió el informe que se transcribe:

«Informe evolutivo de (...), con DNI (...), a petición del inspector médico e.f., y médico especialista del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, (...), que da respuesta las preguntas formuladas en el requerimiento recibido en nuestro centro.

1.- Ninguna relación con la asistencia sanitaria prestada.

2.- La ruptura del manguito rotador puede ser consecuencia de la luxación o si ya existía, podría haberse agravado. Se solicitó RNM, que es la prueba adecuada y solicitada tras la presunción diagnóstica. La ECO que finalmente se realizó (no se pudo realizar la RNM por obesidad) también es una prueba complementaria indicada para identificar esta lesión.

3.- La reducción cerrada no causa este tipo de lesión.

4.- No guarda relación alguna con la RHR.

5.- El tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento quirúrgico no es determinante en la producción de la lesión ni en el estado de secuela en que se encuentra.

6.- Las seis semanas transcurridas entre la ECO diagnóstica y la cirugía no son significativas respecto al pronóstico».

4. Tras la recepción de ese informe se redactó una segunda Propuesta de Resolución, la sometida a dictamen, que difiere de la primera en que incorpora al final de su último fundamento el informe transcrito y desestima la pretensión.

Continúa conservando la redacción de la anterior, que desestima la reclamación con fundamento en que fue conforme a la *lex artis ad hoc* la asistencia sanitaria prestada desde la intervención quirúrgica del 23 de marzo de 2011, y en que están descritos en los documentos de consentimiento informado como probables daños iatrogénicos la limitación funcional y la luxación de la prótesis. Esta fundamentación es reparable porque el art. 89.3 LRJAP-PAC impone que en los procedimientos tramitados a solicitud del interesado la resolución sea congruente con las peticiones formuladas por este y, como ya se ha señalado, esta no es la *causa petendi* del interesado.

Ese escueto informe médico, que inicialmente posee credibilidad científica en cuanto elaborado por un facultativo especialista en traumatología, contiene afirmaciones que no están razonadas médicamente desde la perspectiva de los legos en Medicina y que por ello son insuficientes para fundamentar la desestimación de la reclamación. Se debería explicar, por ejemplo, por qué las maniobras de reducción cerrada o los ejercicios de rehabilitación no son susceptibles de causar la ruptura del manguito rotador; por qué el tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento quirúrgico no fue determinante en la producción de la lesión ni en el estado de secuela en que se encuentra; y por qué las seis semanas que mediaron entre la ECO diagnóstica y la cirugía no fueron significativas respecto al pronóstico, además de explicar el retraso en la realización de una prueba no invasiva, sencilla, barata e indicada para la detección de la patología que padecía el reclamante .

A lo anterior se suma que es un informe emitido por un especialista al servicio de una de las partes interesadas en el procedimiento, ya que de prosperar la pretensión el hospital sería el obligado a satisfacerla. Esta relación de servicio la configura como causa alegable de tacha de los peritos el art. 343.1.3º de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, al cual se remite el art. 78 LRJAP-PAC. Por ello, como la Administración está obligada a actuar con objetividad (arts. 103.1 de la Constitución y 3.1 LRJAP-PAC) y como el informe del contratista no es asimilable al informe del Servicio que exige el art. 10.1 RPAPRP, debería solicitarse nuevo informe del inspector médico del Servicio de Inspección y Prestaciones que fundamentara médicamente las afirmaciones del sucinto informe del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de hospital.

También se ha de observar que, en cuanto se trata de una Propuesta de Resolución diferente, debió ser informada nuevamente por el Servicio Jurídico.

5. Por último, se debe señalar que, una vez incorporado al expediente el informe del Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital, no se le dio nuevo trámite de vista del expediente y audiencia al interesado, sino que se formuló la Propuesta de Resolución que se basa en ese informe emitido después del único trámite de vista del expediente y audiencia al interesado con la finalidad de responder a las cuestiones planteadas por su reclamación como fundamento de esta.

El art. 11 RPAPRP, en concordancia con el art. 84.1 LRJAP-PAC, ordena que se le dé vista del expediente y audiencia al interesado inmediatamente antes de redactar la Propuesta de Resolución junto con una relación de los documentos obrantes en el expediente. Ello es así porque, a la vista de lo actuado, el interesado puede aportar nuevos documentos y justificaciones y realizar alegaciones las cuales debe tener en cuenta el instructor para redactarla. Si después de sus alegaciones, se incorporan al expediente nuevos informes y se practican nuevas pruebas, se le debe dar nuevamente al interesado vista del expediente y audiencia para que formule alegaciones sobre unos y otras y pueda aportar nuevos documentos y justificaciones al respecto, máxime en aquellos supuestos en que sobre esos nuevos informes o pruebas desconocidos para él, se fundamenta la desestimación de la pretensión. Si no se hiciera así, se defraudaría la finalidad garantista de dicho trámite con la consiguiente indefensión del interesado. La resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial basándose en informes técnicos desconocidos para el interesado le generaría indefensión y, por tanto, sería un acto administrativo viciado

por infracción de un trámite esencial como es el previsto en el art. 11 RPAPRP y concordante art. 84.1 LRJAP-PAC. Las infracciones de trámites esenciales son equiparables a la omisión total y absoluta del procedimiento legalmente establecido, tipificada como un vicio de nulidad de pleno Derecho por el art. 62.1.e) LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiéndose solicitar nuevo informe del inspector médico del Servicio de Inspección y Prestaciones; dar vista del expediente y audiencia al reclamante; redactar una nueva Propuesta de Resolución a la vista de ese informe y, en su caso, de las alegaciones del reclamante; recabar sobre ella el preceptivo informe del Servicio Jurídico; y finalmente, solicitarse nuevo dictamen de este Consejo Consultivo.