



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de mayo de 2021.

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 (...) y sus hijos (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 370/2019 IDS)\**.

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

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria excede de 6.000 euros (se reclama en conjunto 178.445 euros), por lo que la solicitud de dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma. También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

5. Por último, es necesario manifestar acerca de la legitimación activa en este caso, que los interesados reclaman por el daño que le ha supuesto el fallecimiento de su marido y padre respectivamente, relación que se ha acreditado debidamente a través de la documentación aportada al expediente.

Este Consejo Consultivo ha señalado, en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, como ocurre en este caso, lo siguiente (Dictamen 283/2020, de 9 de julio):

*«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.*

*A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:*

*“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se*

*ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.*

*En este sentido, 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 si 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"´.*

*Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».*

Esta doctrina, por tanto, resulta ser plenamente aplicable al supuesto de hecho que aquí se analiza.

## II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, del escrito de reclamación se desprenden los siguientes:

- Los interesados manifiestan que el día 23 de enero del año 2015, su padre y esposo acudió a su Centro de Salud, situado en Lanzarote, por sentir molestias abdominales y estreñimiento y se le diagnosticó por el facultativo que le atendió «estreñimiento». Posteriormente, ese mismo día, también acudió a la consulta de enfermería por dolor torácico abdominal difuso con náuseas y, después de llevar a cabo un electrocardiograma, se le diagnóstico «dolor agudo», prescribiéndosele laxantes.

El día 6 de abril de 2015 volvió a su Centro de Salud para ser informado de los resultados negativos de las pruebas hechas sobre sangre oculta en heces y marcadores tumorales, empezando su tratamiento de la anemia que también padecía. Además, su médico consignó en su Historia Clínica «*anemia ferropénica y pérdida anormal de peso*».

- En sus dos posteriores visitas a su Centro de Salud, el 19 de mayo de 2015 y el 13 de abril de 2016, se continuó consignando los mismos diagnósticos, sin que se le realizara ninguna prueba específica para averiguar el origen de sus graves problemas, pese a que mantenía desde 2015 como síntomas, anemia ferropénica, estreñimiento y pérdida de peso anormal, a los que se añadió decaimiento generalizado. Además, en el mes de abril de 2016 acudió en dos ocasiones más a su Centro de Salud por los mismos problemas con igual y deficiente resultado.

- El día 18 de julio de 2016, después de haberle pautado hierro y sin haberle realizado prueba alguna al paciente, tras acudir a su Centro de Salud, manteniendo los síntomas, los cuales incluso se agravaron, especialmente el de la pérdida de peso, ya que en el último mes había bajado 5 kg de peso, el facultativo solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Moilna Orosa, siendo tal solicitud normal y no preferente o urgente como correspondía.

Así mismo, acudió al Servicio de Urgencias de dicho Hospital el 23 de agosto de 2016 y, después de efectuarle una radiografía en la que se observa abundante materia fecal, se continuó con el diagnóstico de estreñimiento y sin realizarle ninguna otra prueba diagnóstica, lo que se repite el 15 de noviembre de 2016.

- El día 21 de noviembre de 2016, ante el grave deterioro de su salud, había perdido ya 22 kg de peso, y después de esperar durante cuatro meses la cita con el Servicio de Medicina Interna, sin tener noticia siquiera de la fecha de la misma, acudió al referido Hospital en el que le comunicaron que no había ninguna cita con dicho Servicio solicitada por parte de su Centro de Salud, pero ante su grave estado se le citó para el día siguiente.

El día 22 de noviembre de 2016 acudió a la misma y, ante su mal estado, quedó ingresado en el Servicio de Medicina Interna del mencionado Hospital, donde se le realizaron con urgencia las pruebas que venía reclamando desde hacía más de un año, diagnosticándosele ese mismo día un adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello de tipo difuso con extensión ganglionar.

- Posteriormente, el día 14 de diciembre fue intervenido quirúrgicamente, practicándosele laparotomía exploradora en la que se encontró *«una gran tumoración extendida gástrica y exteriorizada, con carcinomatosis difusa peritonea»*; pero la intervención resultó fallida ante la imposibilidad de extirparle el tumor dado su volumen y extensión. Después de la infructuosa intervención fue dado de alta el 20 de diciembre de 2016.

En su primera visita al Servicio de Oncología del referido Centro hospitalario, se le diagnosticó adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello irresecable por carcinomatosis peritoneal, en estadio IV, lo que implica que tal enfermedad era incurable, pese a que incluso se le sometió a quimioterapia, que fue del todo ineficaz.

El día 27 de abril de 2017, cinco meses después de que se le diagnosticara el cáncer gástrico que padeció, el paciente falleció.

2. Los interesados reclaman porque consideran que el fallecimiento de su padre y esposo se debe a un deficiente funcionamiento de los servicios sanitarios, que durante años, ante la presencia de los síntomas que el paciente padecía, su persistencia y agravamiento, no le realizaron las necesarias pruebas diagnósticas para determinar si sufría o no una grave afección gástrica, incurriendo durante gran parte de este proceso en un evidente error de diagnóstico, como finalmente se confirmó. Además, se añade que cuando le dieron cita para el especialista correspondiente, lo hicieron tras un excesivo tiempo, al que se añadió los cuatro meses de espera referidos al tramitarse la solicitud de cita no sólo por el procedimiento ordinario, omitiendo toda urgencia, sino de forma defectuosa, lo que supuso una evidente pérdida de oportunidad para el paciente.

Por tales motivos, los interesados solicitan una indemnización total de 178.445 euros.

3. Además, para realizar una adecuada determinación de los antecedentes de hecho se ha de tener en cuenta lo manifestado en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), especialmente en el resumen de los hechos que consta en el mismo, siendo lo siguiente:

*«1.- En fecha 23 de enero de 2015, fecha en que el paciente acude a su Centro de Salud con molestias toracoabdominales agudas y estreñimiento, es observado y valorado por médico de cabecera y enfermera y tras los resultados del mismo proceso, no hay parámetros que indiquen lo que posteriormente se diagnostica.»*

*El 23 de febrero de 2015, en esta fecha se solicita analítica general.*

*El 16 de marzo se comprueba anemia ferropénica, ante lo cual se solicita sangre en heces y marcadores tumorales.*

*El 6 de abril de 2015 se comunican los resultados de ambas pruebas, éstas resultan normales. Dado estos resultados el médico opina que la anemia puede ser secundaria al Clopidogrel que el paciente tomaba para sus problemas vasculares. El médico instauro tratamiento con hierro oral.*

*El 19 de mayo de 2015, el médico de cabecera repite analítica de sangre, y ante los resultados, sigue pautando hierro al paciente. No se encuentra mala praxis, el médico realiza una exploración general acorde a la clínica presentada (electrocardiograma, toma de ctes. auscultación, exploración general (...)) no se observa datos de otra patología que estreñimiento. Después de la exploración y tratamiento para mejorar el tránsito intestinal se realiza analítica general.*

*Tras esta analítica se comprueba la existencia de anemia ferropénica, el médico solicita más analíticas con sangre en heces y marcadores tumorales, estas pruebas resultan negativas. Ante una anemia ferropénica instauro tratamiento con hierro oral. Si hubiese existido sangre en heces, signo de sangrado gastrointestinal si existiría razones para su derivación hospitalaria, igualmente si los marcadores tumorales fueran positivos. Pero, no es el caso. La anemia es uno de los efectos de la toma de antiagregantes plaquetarios como el Clopidogrel, que no implica hemorragia necesariamente y más cuando se comprueba la no existencia de sangre en heces.*

*El médico realiza exploración, valoración clínica, pruebas diagnósticas adecuadas al caso, y pauta tratamiento para el diagnóstico que se plantea, anemia secundaria al Clopidogrel, posteriormente realiza control analítico a los 3 meses.*

*Esta revisión analítica en mayo de 2015 demuestra un aumento ligero en los depósitos de hierro, en el hierro circulante y la hemoglobina baja de 11,8 a 11. el médico decide seguir con el hierro. No se contempla otra clínica.*

*Apuntar, que antes en 2014 existía una cifra de hierro de 55 el valor normal es de 60 en adelante, y una ferritina de 13, el valor normal es de 12 a 300, y ya llevaba el paciente con Clopidogrel, en tratamiento unos años. Es por lo que creemos que es totalmente creíble que la anemia sea secundaria al tratamiento crónico con dicho antiagregante plaquetario que fue avanzando. A su vez habría que tener en cuenta otros problemas dado sus déficits neurológicos y la depresión secundaria, con posible ingestión disminuida en su dieta diaria, lo que destacaría en su pérdida de peso en esta época. Hay que sopesar el caso clínico completo del paciente y el contexto del mismo, el deterioro cognitivo y la depresión. Lo más importante es que no podemos imputar la anemia a hemorragias secundarias al cáncer gástrico, diagnosticado a posteriori, ello podría ocurrir en cáncer avanzado, ya que las*

*pruebas de sangre en heces son negativas, sin manifestaciones clínicas consideradas anormales o prediagnósticas de cáncer gástrico.*

*2.- Aunque los Srs reclamantes aducen que en esta fecha el médico de cabecera no hizo nada más, no acuden el paciente a su médico de cabecera para quejarse, pedir nuevos análisis, o lo que se estime en cuanto clínica (...) . hasta un año después. Concretamente casi 1 año después acude de nuevo al médico del Centro de Salud.*

*El 13 de abril de 2016 el paciente acude con su mujer refiriendo decaimiento, sin ganas de nada y que el mismo paciente lo relaciona con enfado familiar, se diagnostica astenia y se solicita analítica general. El medico anota en la historia clínica de A.P. que la exploración es normal. No refiere el paciente clínica en relación con el aparato digestivo.*

*El 29 de abril se hace el análisis y el 11 de mayo se valora esta. La misma presenta el Antígeno Carcinoembrionario elevado y anemia ferropénica aunque con aumento de la hemoglobina y el hierro circulante disminuye, pero una pérdida de peso que refieren en el último mes de 5 kg.*

*En julio de 2016 el medico de AP remite al Servicio de Medicina Interna, refiriendo la pérdida de peso de 5 kg en el último mes, la exploración general sigue siendo normal, la anemia, el estreñimiento y el deterioro cognitivo.*

*3.- El paciente acude en agosto de 2016 al Servicio de Urgencias hospitalario, que a su vez en la exploración general y abdominal no encuentran patología y tras solicitar Radiografía se diagnostica estreñimiento, en concreto lo que diagnostica la Radiografía es: abundante materia fecal.*

*En la clínica anotan que desde hace 3 días no defeca, que padece estreñimiento crónico desde hace unos meses tras la toma de hierro oral. Y que en este día que acude al Servicio de Urgencias presenta molestias abdominales tipo cólico. Anotan con detalle el estado del paciente y la exploración abdominal no encontrando patología. Pautan tratamiento médico, remiten control por médico y no acude al mismo posteriormente. La misma Radiografía efectuada no valora nada mas. Tenemos en cuenta este diagnóstico a tres meses del ingreso hospitalario en medicina interna.*

*4.- El médico de cabecera remite a medicina interna en julio de 2016, durante el mismo mes el Servicio de Admisión nos informa que se llama telefónicamente al paciente en unas cuatro ocasiones, en horario de mañana y tarde, sin éxito y se retira la cita que tenía ya efectuada por el servicio de medicina interna para el mes de agosto de 2016.*

*Según nos informan los señores reclamantes el 21 de noviembre acude el paciente al hospital de Lanzarote, a gerencia preguntando por la cita pendiente, y tras comprobar que estuvo citado, se cita inmediatamente y el día 22 de noviembre de 2016, ingresa para estudio hospitalario en el servicio de medicina interna. La razón es la existencia de climatología*

*digestiva (la familia refiere que el paciente presenta reflujo) mas pérdida de peso severa, anemia ferropénica, mas CEA patológico". Este compendio existente en este momento es causa del ingreso y estudio, dicho estudio se realiza rápidamente.*

*Se observa masa en gastroscopia masa en cuerpo gástrico. En tac se observa compatible con neoplasia gástrica con extensión ganglionar. Se realizan cirugía donde se valora que no es posible extirpación debido a la diseminación peritoneal, carcinomatosis peritoneal difusa, tras toma de biopsia el resultado anatomopatológico es el de Adenocarcima gástrico con células en anillo de sello. Se instaura tratamiento paliativo.*

*El 21 de abril de 2017 se identifican metástasis diseminadas.*

*Fallece el Sr (...) el 26 de abril de 2017».*

### III

1. El procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 16 de abril de 2018.

El día 4 de junio de 2018, se dictó la Resolución núm. 1.600/2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. En lo que se refiere a su tramitación, el procedimiento cuenta con el informe del SIP, el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa y los informes de la Coordinadora del Servicio de Admisión de dicho Hospital y de la Responsable de la Zona Básica de Salud de Teguiise, periodo probatorio, sin que se propusiera la práctica de prueba alguna, y del trámite de vista y audiencia otorgado a los interesadas, que presentaron escrito de alegaciones. Además, durante tal tramitación se solicitó certificación de actos presuntos, tras 6 meses del inicio del procedimiento, la cual fue expedida convenientemente.

3. El día 5 de septiembre de 2019 se emitió una primera Propuesta de Resolución, junto con un borrador de la Resolución definitiva y el día 1 de octubre de 2019 se emitió una segunda Propuesta de Resolución definitiva.

4. Este Consejo Consultivo, el día 30 de octubre de 2019 solicitó por escrito y con carácter previo a la emisión del preceptivo Dictamen que se recabase informe complementario, emitido por especialista distinto a los actuantes, con la finalidad de aclarar diversas cuestiones, lo cual se hizo correctamente a través de la emisión del informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, con fecha de 3 de julio de 2020. Además, se requería que tras ello

se le otorgara un nuevo trámite de vista y audiencia a los interesados y se emitiera una nueva Propuesta de Resolución.

Así, se otorgó dicho trámite a los interesados que no formularon alegaciones.

5. El día 24 de marzo de 2021 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, vencido el plazo resolutorio, sin justificación para ello; no obstante, como se ha dicho, esta demora no impide resolver expresamente [arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP].

6. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 32 y ss. LRJSP).

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

Así mismo, en dicha Propuesta se afirma, especialmente en referencia al error de diagnóstico, que *«Así pues se confirma que los resultados de la analítica de mayo de 2016 no justificaban derivación urgente por tanto la actuación sanitaria posterior se adecuó a la lex artis debiendo considerar finalmente que en el presente supuesto, con una metodología consistente en la regresión desde el resultado final de la evolución del paciente no puede cuestionarse el diagnóstico inicial Este método de proceder carece de validez jurídica para sustentar desde este ámbito un reproche a la asistencia proporcionada pues vulnera la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” (Por todas Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de junio de 2011) que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar, en definitiva es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que a partir del diagnóstico final se considera las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban.*

*Destacar así mismo que no se ha probado por los reclamantes que haya existido mala práctica médica, ni han refutado los informes incorporados.*

*Por todo lo expuesto, en el caso que se analiza, ajustada la actuación sanitaria a la lex artis ad hoc, no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad objetiva de la Administración».*

2. En el informe complementario solicitado por este Consejo Consultivo se señala, respecto a los factores tumorales, después de afirmar que actualmente se desaconseja por múltiples sociedades científicas, incluida la Asociación Española de Biopatología Médica, el uso de marcadores tumorales como prueba para el cribado de neoplasias, que *«Un resultado positivo no significa la existencia de un tumor (falsos positivos). Es bien conocida que la elevación discreta del marcador tumoral CEA puede originar falsos positivos, especialmente con valores inferiores a 10 ng/ml. La determinación de marcadores tumorales se recomienda para el seguimiento de pacientes con un diagnóstico establecido de neoplasia. Incluso se ha descrito en pacientes intervenidos de un tumor es frecuente la presencia de falsos positivos con elevación del CEA, en un rango entre 5 y 15 ng/ml»*.

Igualmente, en dicho informe se señala que por una parte es lógico pensar que si el paciente hubiera sido intervenido antes el tumor habría tenido menor tamaño y/o extensión, si bien no se puede saber con exactitud lo que habría ocurrido si el paciente hubiera intervenido con anterioridad.

Una vez analizado dicho informe, y como quiera que su contenido carece de la precisión que resulta menester, interesa que por el SIP se aclare, previo informe complementario, si se estima, a realizar por el servicio que ha realizado el informe solicitado, lo siguiente:

a. Si cuando se señala que por múltiples sociedades científicas «se desaconseja» el uso de marcadores tumorales, ello supone que dicho marcador no deba solicitarse, y si es así, qué prueba o pruebas son las que deben realizarse ante un cuadro como el que presentaba el paciente para determinar la posible existencia de una patología como la que podía padecer el paciente ya en mayo de 2016 y desde meses anteriores -pérdidas progresivas de peso, estreñimiento y deterioro cognitivo-.

b. Si dicha afirmación supone que, una vez realizada y dando positivo, su resultado no deba tenerse en cuenta, o si lo más correcto no habría sido, una vez ha dado positivo, ante las pérdidas de peso importantes y progresivas, además del deterioro cognitivo, y unido a otros factores que presentaba el paciente, la realización de otras pruebas diagnósticas -al menos TAC-, y en caso de que la respuesta sea negativa, explique los inconvenientes de que esas otras pruebas se realicen y, por el contrario, los posibles beneficios de que se hubieran realizado.

c. Si la realización de una prueba como TAC habría supuesto, de existir, la detección de la patología, y ello a su vez no habría supuesto, al menos, la aplicación

del correspondiente tratamiento, y al menos, la disminución del sufrimiento del paciente.

3. Por otra parte, y en la medida en que la información aportada se tiene por insuficiente, interesa se emita informe complementario del Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, que trató al paciente afectado, por el que se ilustre a este Consejo Consultivo acerca de porqué motivo el día 23 de agosto de 2016, cuando acudió el paciente por continuar padeciendo estreñimiento, dolores abdominales tipo cólico, anemia, pérdida de peso, deterioro cognitivo, marcadores tumorales positivos, problemas que venía sufriendo, al menos de forma intermitente, desde enero 2015, y que el SCS conocía de sobra, habiéndosele remitido por ellos en julio de 2016 al Servicio de Medicina interna, con cita cancelada-y según se señala, tal cita prevista para días ante de ese mismo mes de agosto- no se actuó de la misma manera, por parte de este Servicio de Urgencias, que el día 22 de noviembre de 2016, cuando fue visto por Medicina Interna, donde se le hicieron las pruebas que determinaron que padecía un cáncer gástrico.

4. Una vez emitidos esos informes complementarios, donde se conteste de forma clara y exhaustiva a las cuestiones planteadas en los apartados precedentes, se le otorgará el trámite de vista y audiencia a los interesados y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera no conforme a Derecho, por las razones que se indican en el Fundamento IV del presente dictamen.