Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 2 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 18 de junio 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 292/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 7 de mayo de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el día 9 de mayo de 2024), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien el reclamante no cuantifica la indemnización solicitada (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración ha solicitado el presente dictamen, y en la misma Propuesta de Resolución se manifiesta expresamente que el instructor considera que la indemnización solicitada, aún sin cuantificar por el reclamante, sería superior a 6.000 euros, por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría la indicada suma, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (*v.gr.,* Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre).

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

Esta cuantía hace preceptivo el dictamen, determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del 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 tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. El reclamante ostenta la condición de interesado, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y está legitimado activamente por cuanto solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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

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

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

7. El procedimiento se inició dentro del plazo de un año, tal y como exige el art. 67.1 LPACAP. En el presente caso, tratándose de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas. En este sentido, la reclamación se presentó el 25 de febrero de 2022 respecto de unos daños cuya alta definitiva fue cursada con fecha 1 de marzo de 2021. Esa fecha, según el reclamante, fue la de su alta hospitalaria. Junto a ello, el propio reclamante hace constar que desde septiembre de 2021 está sometido a tratamiento de quimioterapia, lo que debe tenerse también presente.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación formulado por el interesado se manifiesta lo siguiente:

«Primero. Que el 6 de septiembre de 2020 acudí a Urgencias debido a un fuerte dolor abdominal y disminución de peso.

Segundo. El 23 de noviembre de 2020 se me llamó para hacer una colonoscopia que finalmente se suspendió y no fui llamado nuevamente para que se repitiera. No recibí ninguna atención, pero los dolores no remitían, incluso se agudizaron, por lo que seguí acudiendo a urgencias, al menos tres veces más.

Tercero. El 9 de febrero de 2021 fui ingresado de forma urgente en el Hospital José Molina Orosa. En ese periodo el tumor creció de forma considerable, de tal manera que desplazó y afectó directamente a mi vejiga, dañándola gravísimamente, lo que motivó que la misma tuviera que ser extirpada.

Cuarto. La operación se llevó a cabo el 15 de febrero de 2021 y recibí el alta hospitalaria el 1 de marzo de 2021 y desde septiembre de 2021 estoy sometido a tratamiento de quimioterapia.

Quinto. El retraso absolutamente injustificado en la intervención ha sido la causa de los terribles daños y secuelas que padezco. Obviamente y por desgracia, estas secuelas me acompañarán el resto de mi vida. Además de lo anterior, informo que sigo de baja laboral, a la espera de que se resuelva sobre mi incapacidad laboral».

2. En el presente asunto, con la finalidad de efectuar la correcta determinación de los antecedentes de hecho, se debe hacer referencia, igualmente, a lo

manifestado acerca de estos en la Propuesta de Resolución, en la cual se expone lo siguiente:

«Tal y como figura anotado en su Historial de Primaria, el reclamante acude el 6 de septiembre de 2020 a su centro de salud por dolor abdominal.

En la anamnesis Refiere malestar abdominal que localiza en hipogastrio que asocia a deseo y esfuerzo defecatorio con sensación de distensión y aumento de ritmo deposicional diario de unos 15 días de evolución, presentando alternancia de heces de aspecto caprino y blandas, sin productos patológicos. El dolor ha empeorado progresivamente. Al interrogatorio dirigido comenta pérdida ponderal no cuantificada y anorexia.

A la exploración: Abdomen blando, depresible, molesto a la palpación profunda en hipogastrio, donde impresiona área más tumefacta y mínima defensa. Blumberg negativo. No dolor selectivo a la palpación de FII. RHA ++. No soplos. Tacto rectal: próstata no dolorosa, no palpo masas. Ampolla rectal vacía.

Se remite a urgencias para valoración.

En informe de urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, se anota que consulta por dolor abdominal + disuria. Relata el paciente que presenta dolor abdominal de 3 dias de evolución más intenso en región suprapúbica. Niega fiebre, nauseas o vómitos. Refiere que desde hace 20 dias está defecando en lugar de 1 vez al dia, 15 veces al dia siendo todas las heces sin productos patológicos pero en pequeña cantidad.

Tras analgesia, presenta gran mejoría del dolor por lo que se le dá el alta con vigilancia domiciliaria y tratamiento.

El 9 de octubre de 2020, ante la persistencia de dolor abdominal, por su médico de Atención Primaria se efectúa interconsulta al Hospital por pérdida de peso en paciente con dolor abdominal en hipogastrio que irradia a ambos hipocondrios, rectorragia y escasas deposiciones al día nº 10.

Asimismo, se le solicita, de forma preferente, una colonoscopia. Se le realiza rx de abdomen con resultado normal.

El 23 de noviembre de 2020, se le realiza colonoscopia. Sn embargo, consta anotado en su historial clínico que no es posible completar colonoscopia por mala preparación colónica. Tal y como se informa por el Servicio de Aparato Digestivo, del Hospital Dr. José Molina Orosa, en informe de fecha de 19 de abril de 2022, en la colonoscopia se describen múltiples restos fecaloideos adheridos y sólidos que impiden la correcta realización de la técnica, por lo que se suspendió la exploración. En el formulario de enfermería de endoscopias de ese mismo día se expresa la mala preparación colónica, también que se recita al paciente y que se le entrega la preparación colónica.

El 7 de enero de 2021, acude a Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa por dolor abdominal. Se encuentra pendiente de la realización de colonoscopia.

El 8 de febrero de 2021, acude nuevamente a Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, por dolor abdominal y lumbar y pérdida de peso. Relata que desde septiembre de 2020 presenta dolores abdominales frecuentes asociado a deposiciones diarreicas de hasta 20 al día sin productos patológicos. Asimismo, comenta pérdida de peso en los últimos meses, deterioro del estado general y astenia. Refiere que ha acudido varias veces al centro de salud donde se le han realizado pruebas analíticas y test de sangre oculta en heces que salió positiva, por lo que le indicaron colonoscopia.

Tras valoración, se decide ingreso a cargo del Servicio de Digestivo bajo el diagnóstico de probable síndrome neoplásico intraabdominal.

El 10 de febrero de 2021 se le realiza TAC de abdomen/pelvis con contraste en el que se observa gran masa mesentérica-pélvica de aspecto heterogénea que infiltra asas de intestino delgado y colon sigmoide, mide aproximadamente 14x12x20 cm, pierde límites y desplaza vejiga así como grasa pélvica sugestiva de Sarcoma GIS vs extensión locoregional de neoplásica colónica. No se observan metástasis óseas.

El 11 de febrero de 2021 se le realiza rectosigmoidoscopia en el que se observa masa rectal de probable origen neoplásico con estenosis parcial. Estenosis extrínseca completa en sigma. Diverticulosis izquierda. Biopsias colónicas pendientes.

Se trata el caso en el Comité de Tumores el 12 de febrero de 2021 y, se decide intervención quirúrgica, por lo que se traslada al Servicio de Cirugía para tratamiento quirúrgico.

El 15 de febrero de 2021 es intervenido bajo el diagnóstico de adenocarcinoma extendido localmente de colon descendente. Infiltración de órganos por continuidad: cirugía exenteración pélvica, reconstrucción Bricker - ilestomia FID, colostomia terminal FII (informe de alta del Servicio de Cirugía General y Digestiva de fecha de 1 de marzo de 2021).

Con fecha de 3 de marzo de 2021 se anota en su historial clínico lo siguiente:

Intervención quirúrgica el 15 de febrero de 2021: hemicolectomia izquierda más transverso e ileon. Cistoproctatectomia radical.

AP: Adenocarcinoma de colon descendente intervenido G2 p4bpN2 (12/24) Mx con invasión linfovascular y perineural. Margen quirúrgico radial (circunferencial) o mesentérico afecto. Perforación tumoral presente.

Portador de colostomía Bricker.

Plan diagnóstico terapéutico: Se explica diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento con QT así como efectos secundarios esperables. Comprende, acepta y firma

consentimiento informado para inicio de QT con intención "adyuvante" (alta carga tumoral con alta probabilidad de ser metastásico). Se programa para inicio de XELOX adyuvante vs FOLFOX. Dado el estado de la herida quirúrgica aún sin cerrar y el alta reciente, se cita en dos semanas para inicio del mismo.

Solicito TAC postcirugía, analítica completa con MT y colocación de PICC en hospital de día».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 25 de febrero de 2022.

2. Con fecha 2 de marzo de 2022 se requiere al interesado para que en el plazo de diez días proceda a subsanar la reclamación, dando efectivo cumplimiento a dicho requerimiento el 29 de marzo de 2022, mediante la presentación de escrito en el que autoriza expresamente el acceso a los datos obrantes en su Historia Clínica y adjunta copia de su DNI.

3. El día 1 de abril de 2022 se dicta la Resolución n.º 863/2022 del Director del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

4. Consta que en la fase de instrucción se solicitaron los siguientes informes, con el siguiente resultado:

- Con fecha 4 de abril de 2022 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determinen las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- El día 14 de noviembre de 2022 se emite informe por el SIP, con el siguiente contenido:

« (...) CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el objeto de la reclamación: " (...) en ese periodo el tumor creció de forma considerable (...) El retraso absolutamente injustificado en la intervención (...) " y

valorada la documentación clínica que se aporta, se reproduce textualmente el informe emitido el 21.04.22 por el Servicio de Cirugía general y Digestiva del HJMO:

" (...) no existe ninguna diferencia en el estadío clínico de la enfermedad, los hallazgos durante la intervención, el procedimiento a realizar y posterior evolución si el paciente hubiera sido tratado 6 u 8 semanas antes. Sí hubiera sido diferente en caso de haber podido diagnosticarlo con 6 u 8 meses de anterioridad (...) "

Se emite informe desfavorable».

- Se recaba la historia clínica del paciente obrante en el Hospital Dr. José Molina Orosa y en Atención Primaria.

- El 19 de abril de 2022 se emite informe por el Jefe de Sección de Aparato Digestivo del Hospital Dr. José Molina Orosa, en el que se expone lo siguiente:

«(...) fue citado el 23 de noviembre de 2020 para una colonoscopia que fue solicitada de forma preferente por Atención Primaria el 9 de octubre de 2020 por dolor abdominal y rectorragia. Esta colonoscopia fue realizada por la Dra. (...), donde se describen múltiples restos fecaloideos adheridos y sólidos que impiden la correcta realización de la técnica, por lo que se suspendió la exploración. En el formulario de Enfermería de Endoscopias de ese mismo día se expresa la mala preparación colónica, también que se recita al paciente y que se le entrega la preparación colónica. Durante el periodo del 23 de noviembre 2020 hasta el 8 de febrero de 2021 no fue citado para la repetición de la prueba y se hicieron dos Interconsultas a Digestivo desde otros Servicios. El 7 de enero de 2021 se recibió una Interconsulta preferente desde Urgencias a Consultas Externas de Digestivo por el retraso de la citación de la colonoscopia, que fue validada y se expresa que debe ser citada en el primer hueco. El 19 de enero de 2021 desde el Servicio de Urología nos hacen una Interconsulta a Consultas Externas por las rectorragias, que también fue validada y se indicaba que fuera citado en Consulta con el resultado de la colonoscopia pendiente. Finalmente, fue ingresado en la Sección de Digestivo el 8 de febrero de 2021, completándose el estudio».

- El 21 de abril de 2022 se emite informe por el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Dr. José Molina Orosa, en el que se expone lo siguiente:

« (...) El paciente fue conocido por nuestro Servicio el 12/02/2021, donde fue presentado en el Comité de Tumores, donde se decidió tratamiento quirúrgico.

Ese mismo día se solicitaron todas las pruebas e interconsultas necesarias para su programación quirúrgica muy preferente. Se completaron todos los estudios en 48 horas y se programó intervención conjunta con el Servicio de Urología el 15/02/2021.

El 15/02/2021 se practicó la intervención quirúrgica según estaba programado extirpándose gran tumoración pélvica que afectaba a colon, recto, vejiga y tejidos periprostáticos que obligó a realizar exenteración pélvica con colostomía y urostomía por Servicio de Urología.

En postoperatorio, dentro de la gravedad y envergadura del procedimiento transcurrió sin incidentes significativos.

Al alta Hospitalaria se realizó correcto seguimiento por los Servicio de Cirugía y Urología y fue remitido para tratamiento quimioterápico adyuvante por el Servicio de Oncología Médica, que actualmente se encarga del manejo clínico del paciente.

En la Historia Clínica del paciente consta interconsulta de Atención Primaria a Digestivo el 21/10/2020, fue realizada colonoscopia el 23/11/2020 y posteriormente atendido en Urgencias en diciembre del 2020 y enero de 2021 por rectorragia y hematuria. Desconocemos la razón del retraso de 8-10 semanas en completar todos los estudios y ser presentado en Comité de Tumores, lo cual pudiera estar en relación con la situación tan extraordinaria vivida por la pandemia que estamos padeciendo. En cualquier caso, considero que no existe ninguna diferencia en el estadío clínico de la enfermedad, los hallazgos durante la intervención, el procedimiento a realizar y posterior evolución si el paciente hubiera sido tratado 6 u 8 semanas antes. Sí hubiera sido diferente en caso de haber podido diagnosticarlo con 6 u 8 meses de anterioridad».

5. Con fecha 5 de octubre de 2023 se requiere nuevamente al SIP para que emita informe complementario sobre la evidencia/fundamentación científica de la afirmación efectuada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del HJMO. Emitiéndose con fecha 30 de octubre de 2023 informe complementario por el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Dr. José Molina Orosa, en el que exponía lo siguiente:

«Cuando indiqué " (...) no existe ninguna diferencia en el estadía clínico de la enfermedad, los hallazgos durante la intervención, el procedimiento a realizar y su posterior evolución si el paciente hubiera sido intervenido 6-8 semanas de antelación (...) " quiero decir, que una enfermedad tumoral en ese estadio evolutivo tan avanzado requiere con toda probabilidad muchos meses o años de evolución. No es posible determinar cuál ha sido el desarrollo exacto de todo el proceso desde su mismo origen. Lo que sí es cierto, es que 8 semanas antes el estadio tumoral, era muy probablemente el mismo. En este sentido, debo recordar que el compromiso del SCS para el tratamiento quirúrgico de tumores ya diagnosticados es de 4 semanas».

6. Con fecha 27 de noviembre de 2023 se requiere al interesado para que proponga los medios probatorios de que intente valerse, lo que verifica interesando únicamente la práctica de prueba documental. Tras lo cual, con fecha 17 de enero

de 2024 dicta Acuerdo Probatorio, en el que se admite como medios probatorios, las documentales propuestas por el interesado y el Servicio Canario de la Salud, que ya se encuentran incorporadas al expediente.

7. Con fecha 25 de enero de 2023 se notifica al interesado el trámite de audiencia, sin que se hayan formulado alegaciones.

8. Con fecha 7 de mayo de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. En el presente supuesto, el interesado solicita que le sea reconocida una indemnización por la deficiente asistencia sanitaria recibida, consistente en el retraso injustificado en la práctica de la colonoscopia que le había sido prescrita con carácter preferente, lo que determinó -según el reclamante- un retraso en la detección del cáncer de colon que finalmente le fue diagnosticado y finalmente un retraso en la intervención quirúrgica.

3. En relación con la teoría de la pérdida de oportunidad aplicada al ámbito asistencial sanitario, debemos recordar que la responsabilidad de las Administraciones públicas (art. 106 CE) implica que los ciudadanos deban ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos salvo los casos de fuerza mayor, siempre que dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, que el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado y que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportarlo. Se trata, por tanto, de una responsabilidad objetiva o de resultado, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo. Ahora bien, cuando de responsabilidad sanitaria se trata, a la Administración solo le es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que quepa exigir la sanación completa. El límite de esta exigencia se encuentra en la denominada «*perdida de oportunidad*», situación que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se haya producido pero se haya

generado incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el servicio otros parámetros de actuación; en suma: la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera.

Al respecto debe recordarse la Jurisprudencia del Tribunal Supremo expuesta, entre otras, en la Sentencia de 7 de julio de 2008, afirmando que la privación de expectativas en que consiste la denominada *«pérdida de oportunidad»* constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), *«los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias»*.

4. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo.

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

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe complementario del SIP sobre *«la evidencia/fundamentación científica de la afirmación efectuada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del HJMO»,* interesado por el propio órgano instructor con fecha 5 de octubre de 2023 -folio 225-. Y este 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.

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 dictamen.

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 o insuficiencia 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 formarse 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).

En consecuencia, se considera necesario solicitar el informe del SIP que deberá pronunciarse claramente sobre la evidencia/fundamentación científica de la afirmación efectuada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del HJMO cuando señala *« (...) no existe ninguna diferencia en el estadío clínico de la enfermedad, los hallazgos durante la intervención, el procedimiento a realizar y posterior evolución si el paciente hubiera sido tratado 6 u 8 semanas antes. Sí hubiera sido diferente en caso de haber podido diagnosticarlo con 6 u 8 meses de anterioridad».*

Asimismo, teniendo en cuenta que, a diferencia de lo que consta en los informes de los Servicios implicados obrantes en el expediente, el retraso de diagnóstico por no citación para la colonoscopia no fue de 6-8 semanas, sino que el retraso comprendió al menos un periodo de 12 semanas, dos meses y medio, (si se cuenta del 23 de noviembre de 2020 al 15 de febrero de 2021), o de más de cinco meses (desde la fecha de la primera consulta en su Centro de Salud, el 6 de septiembre de 2020 hasta el día de la intervención, 15 de febrero de 2021) tiempo durante el cual el estado físico del reclamante fue empeorando tal como se aprecia en el historial médico, y teniendo en cuenta, que el propio informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva de 30 de octubre de 2023 señala que *« (...) 8 semanas antes el estadio tumoral, era muy probablemente el mismo»*, refiriéndose por tanto a una probabilidad y no a una certeza, se requiere igualmente al SIP para que en el informe que se emita se pronuncie sobre si, en el caso planteado, pudo haber existido pérdida de oportunidad o, si en su caso, aunque la quiebra alegada no se hubiera producido, sin embargo podría haberse generado incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber seguido el servicio otros parámetros de actuación; así como el porcentaje de probabilidad de que el avance

de la enfermedad fuera distinto del que finalmente se objetivó en la intervención quirúrgica de 15 de febrero de 2021. Debe recordarse en este punto que desde la primera exploración, de fecha 6 de septiembre de 2020 como acaba de decirse, se objetivó la sospecha de cáncer colorrectal (CCR en el lenguaje de la historia clínica y los informes del expediente: el paciente, se dice, presenta sintomatología sugestiva de este tipo de cáncer desde septiembre de 2020 -se recoge en la propia resolución- y se prescribe una colonoscopia con carácter, dícese, «*preferente*».

5. Así pues, la constatación de la deficiencia procedimental comentada en el apartado anterior impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y, en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe del SIP en los términos expuestos en el apartado anterior.

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

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, no se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen, debiendo retrotraerse el procedimiento a efectos de que se practiquen las actuaciones señaladas.