Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 9 9 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 340/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 26 de enero de 2021 a instancia de la representación de (...), por los presuntos daños como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. La reclamante no cuantifica la indemnización que solicita, pero de estimarse sería superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

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

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

3.1. En cuanto a la legitimación activa, se ha de indicar que la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo (art. 32.1 LRJSP y art. 4.1.A) LPACAP), puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

3.2. 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.

4. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP.

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

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que obsten la emisión de parecer de este Consejo sobre el fondo de la presente reclamación.

II

1. En la reclamación inicial se exponen, entre otros, los siguientes hechos:

La interesada de ochenta y cinco años de edad, en el momento de efectuar la reclamación- expone, que, con fecha 23 de noviembre de 2018, su médico del Centro

de Salud de San Benito le solicita una prueba de colonoscopia a realizar en el Hospital Universitario de Canarias (HUC), derivada de los resultados de una analítica de sangre oculta en heces realizada en el citado Centro de Salud, el 15 de noviembre de 2018, con resultado positivo.

- El 4 de agosto de 2020 se le cita a fin de que acuda al HUC para la realización de la colonoscopia.

En la práctica de la prueba se le ocasiona una perforación intestinal de 5 mm, que el facultativo intenta cerrar poniendo cuatro clips metálicos en la herida para a continuación derivarla a su domicilio.

- En la información que ofrece ese mismo día el facultativo a la hija de la paciente, le indica que ha habido una complicación consistente en que al introducir el colonoscopio se observó una perforación, hecho que no debe ser ajustado a la realidad, dado que el colonoscopia lleva incorporado una cámara que visualiza el recorrido y lógicamente de haberse actuado con la debida diligencia, se hubiera observado el obstáculo que impedía el avance, evitando con ello, asimismo, insistir en la continuidad de la prueba, no ocasionando el perjuicio alegado.

En el informe que emite el facultativo a petición de la hija de la paciente, lo que prescribe como tratamiento es dieta líquida durante veinticuatro horas, estableciendo la posibilidad de repetir la prueba en dos meses. Es de señalar que la paciente ha permanecido ingresada en el HUC a consecuencia de las secuelas derivadas del daño producido.

- El mismo día 4 de agosto de 2020, ya en el domicilio, aproximadamente a las 15:00 horas, tomo una manzanilla que me provoca vómitos, fuertes dolores estomacales y fiebre, síntomas que se van agudizando y determinan que mis familiares llamen al 112, para mi traslado en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital, ingresando en dicho servicio de Urgencias a las 19:00 horas aproximadamente, permaneciendo en el mismo 48 horas, y pasando a la tercera planta, de digestivo y cirugía general, donde continuo 21 días, sin que remitiera la fiebre, y con tratamiento antibiótico para combatir la infección que produjo la perforación intestinal y la posterior indicación facultativa.

En este periodo de ingreso, se practican tres TAC abdominales. En los dos primeros, no se observó anomalía destacable. El primero se hizo con fecha 6 de agosto de 2020, el segundo con fecha 12 de agosto, resultando inexplicable, por

parte de los médicos, el motivo de la fiebre que no remitía ante el tratamiento administrado desde el inicio del ingreso. El día 17 de agosto hay un empeoramiento y se amplía el tratamiento de antibiótico. Resulta cuando menos sorprendente, que con la sintomatología y las pruebas que se realizan, no se detecte la infección interna que presentaba de la herida ocasionada, la perforación intestinal que nunca cicatrizó.

Se realiza un tercer TAC el día 24 de agosto de 2020, previa derivación al Servicio de Infeccioso, que es donde detectan la gravedad de la infección y del estado crítico que sufre y que determina una intervención quirúrgica de carácter urgente el día 25 de agosto, entrando en el quirófano alrededor de las 20:00 horas. Aproximadamente, a la hora y veinte minutos, la cirujana que la opera informa a sus hijas. La intervención dura aproximadamente cinco horas y obligó a un lavado minucioso del abdomen.

Debido a las patologías que padecía, los médicos del Hospital, en un primer momento del ingreso habían decidido no intervenir quirúrgicamente, sino proceder a la administración de medicamentos por vía intravenosa. No obstante, la gravedad y el estado tan crítico, deteriorado y de extrema necesidad, determinan por los especialistas operen sin garantía alguna de resultado favorable y temiendo por su vida.

- El postoperatorio se prolonga hasta el 13 de octubre, los tres primeros días en Urpa-recuperación conectada a múltiples dispositivos. Una vez en planta, el tratamiento antibiótico se prolonga hasta el 22 de septiembre y el día siguiente, 23 de septiembre sufre una insuficiencia cardíaca, detectando a raíz de su estudio y valoración, la presencia de bacteria en los pulmones, que conlleva aislamiento de y un nuevo tratamiento que provoca convulsiones hasta que se ajusta el tratamiento.

- Con fecha 28 de septiembre, cuadro convulsivo y valoración por neurología, con diagnóstico de epilepsia focal. Hasta este momento, nunca había presentado síntomas semejantes ni había padecido de epilepsia ni tenido convulsiones, añadiéndose este daño a los ya enumerados. Se realiza TAC cerebral y electroencefalograma, no detectándose anomalía.

Finalmente, le prescriben nuevo tratamiento de prevención de epilepsia, que estaba provocando una disminución en las facultades cognitivas y volitivas, generando un estado somnoliento generalizado.

Con todo lo expuesto, se quiere dejar bien patente como una persona, que era totalmente autónoma, con las patologías propias de su edad, pero que por sí misma realizaba todos los actos de su cuidado personal, del hogar y del cónyuge, a raíz de una prueba que se indica para descartar una patología, termina con tal deterioro físico y psíquico que ha supuesto un cambio radical y drástico en mi calidad y condiciones de vida, múltiples adaptaciones en el hogar, tratamiento rehabilitador privado y un condicionamiento en la vida de los familiares directos, cónyuge y tres hijos, por la necesidad de prestar los cuidados permanentes que requiere.

2. Admitida la reclamación, se remite historia clínica e informe preceptivo del Servicio de Aparato Digestivo del HUC, de 19 de marzo de 2021, que, en lo esencial, indica:

«Antecedentes. Se trata de una paciente pluripatológica y polimedicamentada destacando la presencia de cardiopatía severa de tipo valvular con insuficiencia congestiva, arritmia cardíaca por fibrilación auricular e isquémica severa con lesión de dos vasos y portadora de stent, todo ello en tratamiento con anticoagulante, diuréticos y antiarrítmicos.

En este contexto y a petición de su médico de Atención Primaria por anemia (Hb 10.4 gr/dL) y presencia de sangre oculta en las heces, solicita una colonoscopia electiva que tiene lugar en turno de mañana a primera hora del día 4 de agosto de 2020.

Perforación intestinal. Respecto a la perforación intestinal durante el transcurso de la colonoscopia: En todo proceso invasivo diagnóstico se actúa siempre en beneficio del paciente de forma que prevalece en todo momento un equilibrio entre riesgo y beneficio. En este caso la presencia de cardiopatía severa de la paciente que precisa de anticoagulación para evitar descompensaciones cardiológicas en forma de trombosis de la prótesis que provocaría el infarto de miocardio o formación de trombos que favorecerían accidentes cerebrales vasculares, tiene como consecuencia que lesiones en el intestino provoquen pérdidas de sangre que llevan al paciente a sufrir anemia. Esta anemia es, a su vez, causa frecuente de anginas por el menor aporte de oxígeno a los tejidos, por lo que es fundamental diagnosticar la potencial lesión sangrante para que sea tratada. Esto tiene lugar con frecuencia en pacientes cardiópatas, como la paciente en cuestión, por la menor oxigenación que favorece la aparición de en el colon derecho de malformaciones vasculares o angiodisplasias.

La endoscopia, a pesar de ser una prueba compleja, por la presencia de numerosos divertículos y las secuelas que dejan estos en el intestino, tras episodios de infección subclínica con rigidez del tramo de sigma que impide que el instrumento endoscópico avance con normalidad, por lo que el especialista sopesa el riesgo de dejar sin tratamiento la anemia y sin explorar todo el tracto digestivo bajo trata de completar satisfactoriamente

para el paciente la prueba derivando en el desafortunado incidente de perforación intestinal.

Esta complicación, aunque poco frecuente en un colon normal, puede ocurrir hasta en 1 de cada 5.000 procedimientos tal y como se informa a los pacientes en el consentimiento informado, sobre todo cuando hay patología de base que dificulta la visualización de la luz intestinal por la que guiar el instrumento a su través. Fruto de la pericia del endoscopista, la apertura de pared fue suturada endoscópicamente en su totalidad durante el mismo acto, tal y como se recogen en las guías de práctica clínica de la especialidad, con la intención de evitar al paciente una intervención quirúrgica urgente que con la condición cardiológica de base hubiese sido de alto riesgo.

- Cuidados tras el tratamiento de la perforación: Tal y como recoge el informe del procedimiento, se recomendó observación de la paciente y dieta líquida durante 24 horas debiendo consultar de no haber mejoría, como así se hizo. Tras el periodo de observación en la sala de recuperación de la Unidad de Endoscopias y sin objetivarse signos de alarma o alteración de constantes, la paciente fue dada de alta a domicilio. Esto fue así teniendo en cuenta que:

a) El procedimiento tuvo lugar en agosto de 2020, durante restricciones de servicios sanitarios y que prevaleció que el paciente permaneciera bajo observación en su domicilio dada la buena evolución inicial para evitar contagio por SARS-2 intrahospitalario, que dada la edad de la paciente y comorbilidad hubiera sido fatal.

b) La paciente tiene su domicilio en La Laguna y no dista a más de 5 minutos su traslado al centro.

c) El endoscopista habló personalmente en la sala de recuperación e informó a la hija de la paciente y cuidadora de lo acontecido y dada el adecuado soporte familiar que tenía la paciente y de acuerdo con familiares para evitar la desorientación y mayor confort de la paciente se decidió observación domiciliaria.

d) El endoscopista cuestionado llamó al teléfono de la cuidadora proporcionado y se supo que la paciente se encontraba bien. En cualquier caso y de haber permanecido en el hospital no se hubiera actuado de distinta forma, siendo la forma de actuar conservadora.

- Atención e ingreso a cargo del Servicio de Aparato Digestivo: Tras la mala evolución en domicilio y ser atendida en el Servicio de Urgencias por sospecha confirmada de perforación se requiere la atención del Servicio de Cirugía General que, de acuerdo con los facultativos del Servicio de Digestivo, y teniendo en cuenta la situación hemodinamicamente estable de la paciente, contención de la perforación en el TAC y comorbilidad, decide una actitud conservadora y observación con cobertura antibiótica. Tras seguimiento conjunto por ambos Servicios y un intervalo de días de estabilidad que hacían pensar en una evolución favorable con varias pruebas de imagen sin cambios relevantes, finalmente la paciente presenta cuadro

de sepsis por lo que y de nuevo teniendo en cuenta el riesgo-beneficio de la actuación se decide intervenir quirúrgicamente objetivándose perforación y colección purulenta adyacente con sutura y lavado de la misma.

- Cuidados en el postoperatorio: Durante el postoperatorio la paciente padece una recuperación tórpida dificultada por su patología de base con probable epilepsia focal de probable causa vascular por crisis comicial en el contexto de antibioterapia y sepsis favorecedoras, e infección respiratoria con signos de insuficiencia cardíaca congestiva por maniobras de intubación, traslocación bacteriana y estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos de la cual se recupera.

- Secuelas en su estado de salud: Toda complicación de procedimiento, y en este caso agravado por la edad de la paciente y comorbilidad entendemos que pueden dejar secuelas físicas y psíquicas, de las que los más de quince facultativos médicos que atendieron a la paciente directamente somos conscientes y lamentamos. Si bien los pacientes están sujetos a los riesgos de complicaciones de procesos invasivos, también sabemos que la inacción tiene sus consecuencias».

3. El 24 de noviembre de 2023, (...), comunica el fallecimiento de su madre, (...), el 7 de marzo de 2023, así como su deseo de continuar con la tramitación del procedimiento, como interesada en el mismo.

4. El 11 de diciembre de 2023 se dicta Acuerdo Probatorio, admitiendo las pruebas documentales propuestas por la interesado, consistentes en documentación clínica aportada con el escrito inicial, así como facturas correspondientes a los gastos de recuperación de la paciente.

5. Ultimada la instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien formula alegaciones dentro del plazo conferido.

6. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el reciente Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al

anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Teniendo en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo, su Sentencia de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en la presunta mala praxis en la realización de la colonoscopia, que causó una perforación intestinal a la paciente y de la que se derivaron secuelas de

importancia, descritas en su escrito de reclamación. Asimismo, en las alegaciones, de 11 de diciembre de 2023, la interesada insiste en que la paciente tenía una vida plena, con calidad y autonomía y fue truncada a raíz de la perforación intestinal durante el transcurso de una colonoscopia.

Sin embargo, sin la constatación de que los daños por lo que se reclama fueron consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños. Sin la determinación del nexo causal entre esos daños y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de esta.

Así, la cuestión a dilucidar es si la colonoscopia, que según la interesada causó una perforación intestinal a la paciente y de la que se derivaron secuelas de importancia, fue realizada con infracción de la *lex artis.*

Con carácter previo al análisis de esta cuestión, 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 del SIP interesado por el propio órgano instructor. 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, 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 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 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).

3. 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 interesados por el órgano instructor en dos ocasiones solicitado tal y como consta en la instrucción del procedimiento.

Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia a la interesada, 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

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 III del presente Dictamen.