Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 0 1 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 2 de diciembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 665/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por oficio de 21 de octubre de 2024 de la Sra. Consejera de Sanidad (con entrada en este Consejo Consultivo el día 23 de octubre de 2024), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 16 de noviembre de 2022 a instancias de (...), en nombre y representación de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. Se reclama una indemnización por importe de 19.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), 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 (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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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 (en adelante, LOSC); 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4.1. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar del interesado, al sufrir en su esfera personal el daño por el que se reclama [art. 4.1.a) LPACAP]. Además, actúa debidamente representado por abogado (art. 5 LPACAP).

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

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde hacerlo a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, 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 Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

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. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 28 de noviembre de 2022 respecto de un daño que quedó determinado el día 15 de marzo de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. 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, para la Administración subsiste el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, salvo lo que se dirá en el apartado IV de estos fundamentos.

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO: Que en este Servicio Público Canario al que me dirijo tenía programado para el día 15 de marzo de 2022 ser operado de una hernia abdominal en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife, y al instante de empezar y desarrollarse la intervención quirúrgica se comete el error médico o negligencia de realizar una operación por hernia umbilical, que nada tenía que ver con la abdominal, pues me intervienen negligentemente mi ombligo que se encontraba en perfecto estado, como pudieron comprobar todo el equipo médico que participó en la intervención, y aunque yo estaba anestesiado completo, al despertar me pregunto qué zona de mi cuerpo se me ha operado, porque me duele el ombligo y el vendaje me indica que he sido operado del mismo, que tres semanas después acudo a Urgencias del mismo hospital se me comunica, cuando pregunto porque sigo con muchas molestias, que se han equivocado conmigo y dentro de un poco de tiempo seré intervenido nuevamente pero esta vez correctamente de la hernia que realmente tenía, que era la abdominal, de la que en la actualidad ya me la han operado el día 7 de septiembre de 2022, y ha sido correcta esta vez esta intervención.

SEGUNDO: Como consecuencia de esta mala praxis he sufrido dolores y molestias de todo tipo en la zona interior del ombligo, cuando no tenia en el mismo ni hernia alguna ni ningún otro padecimiento, siendo totalmente incierto que los médicos que me intervinieron hagan ninguna mención o referencia a que existía una pequeña hernia umbilical porque no es cierto, y porque nunca programó ni se preparó ninguna intervención quirúrgica atinente al ombligo, sino, siempre y en todo caso, abdominal.

TERCERO: La negligencia se evidencia en varias partes;

1º. No me dan informe de la operación mencionada firmada por el equipo que ha operado, solo dispongo del informe de enfermería.

2º. Cuando acudo a Urgencias a la tercera semana la cirujana que me atiende no sabe explicarme el por qué no se me ha operado de mi hernia abdominal, solo me sabe pedir

disculpas, y me hace firmar una lista de espera para operarme lo antes posible de nuevo, pero esta vez correctamente de la hernia abdominal.

3º. Al mes y medio de la operación de la hernia umbilical acudo a revisión y me atiende el jefe de la unidad de cirugía, y éste se sorprende enormemente de lo que ha ocurrido, pues nadie le había informado de los hechos.

4º Después de acudir a la revisión la doctora responsable de la operación me llama directamente a mi móvil personal, primero para pedir disculpas, reconociendo el error que habían cometido, y segundo para realizarme otra prueba (escáner con contraste en el área de medicina nuclear) ya que ahora después de todas las pruebas y revisiones previas, dudaron que fuera una hernia abdominal. Los resultados me los comunica la propia doctora por teléfono una semana y media después.

5°. Cuando seis meses después soy intervenido quirúrgicamente de lo que debió ser desde un principio de hernia abdominal, me entregan un informe completo firmado por la doctora responsable de la operación.

CUARTO: Por este sufrimiento que innecesariamente me ha hecho pasar el equipo médico de este Servicio Público Canario de la Salud durante todos estos meses, por intervenirme negligentemente en zona de mi cuerpo sana, y que por ello, por el trauma innecesario, se me ha generado sufrimiento, molestias al movimiento, dolores constantes y la imposibilidad de poder coger a mi hija en sus primeros meses de vida, por lo que reclamo una indemnización de CIEN EUROS (100 €) diarios, es decir, un total de TRES MIL QUINIENTOS EUROS (3.500 €), por los 35 días de baja médica, que transcurren desde el día de la operación errónea 15 de marzo de 2022 hasta el día 19 de abril de 2022, que me dan el alta médica, más QUINCE MIL QUINIENTOS EUROS (15.500 €) en concepto de daños y perjuicios por el sufrimiento causado. Para que, una vez se siga por todos sus trámites la presente reclamación, me sea ingresado en mi cuenta corriente bancaria (...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran:

2.1. En el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS de 5 de septiembre de 2024, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

« (...) 1.- Se trata de un varón de 33 años al momento de los hechos, con antecedentes médico- quirúrgicos de intervención quirúrgica a los 17 años por fibrolipoma supraclavicular.

2.- El 26/05/2020, su Médico de AP solicita ecografía del abdomen por hallazgo de masa palpable en la pared del abdomen, en región del epigastrio. La ecografía, realizada el 6/05/2021, concluye que se aprecia "una imagen ovalada de contenido graso en región epigástrica, encapsulada de 32 mm x 17 mm, apreciándose un pequeño orificio herniario de

3.7 mm en línea media supraumbilical", con resto del estudio sin hallazgos ecográficamente relevantes.

3.- Consta primera visita con el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo el 13/10/2021 por tumoración epigástrica de 2 años de evolución con aumento progresivo del tamaño y molesta con los esfuerzos. Se explora al paciente: no se logra palpar el orificio herniario claramente, se describe una tumoración de unos 2 cm de diámetro, dolorosa y que "pudiera corresponder con la hernia a nivel de epigastrio". Se registra un Índice de Masa Corporal de 28.73, lo que indica una situación de sobrepeso (a partir de un IMC de 30, se hablaría de obesidad). Se diagnostica una hernia epigástrica crónicamente incarcerada, es decir, que no es reductible.

Se incluye en lista de espera, se indica que el paciente es apto para Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y el mismo día el paciente firma el consentimiento informado para una cirugía abierta de hernia en la que consta que: "El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende reparar el defecto de la pared abdominal evitando el aumento de la hernia, las molestias que ella me produce y la posible estrangulación de la misma que obligaría a una cirugía urgente". Además "la operación consiste en realizar una incisión sobre o próxima a la hernia, recolocar su contenido y reparar el defecto" y que "cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento para los hallazgos intraoperatorios". Además, constan entre los riesgos: "dolor prolongado en la zona de la operación" y "reproducción de la hernia".

4.- Se realiza cirugía programada en régimen ambulatorio el 15/03/2022 (con alta el mismo día). Según hoja quirúrgica se procede a realizar una "incisión supraumbilical. Disección del tejido celular subcutáneo hasta localización de fascia y orificio herniario. Desinserción del ombligo". Se realiza herniorrafia (consiste en aproximar los bordes del defecto, suturando los músculos y tejidos adyacentes, cerrando así el orificio de forma segura) y cierre subcutáneo. En la hoja quirúrgica se refleja que la cirugía transcurre sin incidencias.

Se trata de un procedimiento de herniorrafia, con hallazgos quirúrgicos de hernia umbilical pura de 1 cm. En informe clínico de alta se dan recomendaciones, entre las cuales: "Evitar esfuerzos físicos durante 2 meses".

5.- En la cita telefónica de control, al día siguiente de la intervención, el paciente no refiere incidencias, consta "evolución normal".

6.- En historia de AP se refleja que el 22/03/2022 el paciente "está mejor, se levanta, puede andar". El 29/03/2022 es valorado en AP y se describe una "herida casi cerrada, de buen aspecto". No se describen masas o bultomas ni consta que el paciente haya referido la persistencia/recidiva del bultoma originario.

7.- El paciente está de baja laboral desde la intervención quirúrgica hasta el día 19/04/2022, cuando es dado de alta (36 días).

8.- Posteriormente a la intervención quirúrgica, el paciente enferma de SARS-CoV-2 (positividad registrada el 22/03/2022), presentando sintomatología caracterizada por congestión nasal, resfriado y tos.

9.- En fecha 2/04/2022, acude al Hospital del Sur por bulto en región supraumbilical, palpándose "bulto doloroso reductible supraumbilical". Es remitido el mismo día al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria por sospecha de recidiva y para valoración por parte del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. El cirujano explora "hernia epigástrica sin datos de complicación. Sin dolor, sin náuseas, ni vómitos asociados. No cese de las deposiciones".

Se incluye en lista de espera y el paciente firma el consentimiento informado.

10.- A su médico de AP describe por primera vez el 5/04/2022 la persistencia de hernia supraumbilical.

11.- El paciente acude a consulta de Cirugía General y Digestiva el 26/05/2022, remitido desde el servicio de urgencias por "sensación de bultoma en región epigástrica". El paciente refiere dolor en la región epigástrica. Se explora un abdomen blando y la imposibilidad de localizar el orificio herniario; se solicita TAC de abdomen.

12.- El TAC del 27/05/2022 muestra una hernia epigástrica en pared abdominal anterior supraumbilical de 2,7 x 2 cm con contenido graso, sin signos de incarceración, con orificio herniario de 0,9 cm y sin otros hallazgos de interés.

13.- El paciente se somete a cirugía de herniorrafia el día 7/09/2022. Durante la exploración, no se palpa hernia. El procedimiento quirúrgico consiste en: "disección de contenido herniario y orificio. Cierre con dos puntos sueltos tras reducir el contenido". Se encuentran hallazgos de "hernia epigástrica subcentimétrica, con contenido graso". Se procede a la intervención sin necesidad de recurrir a la aplicación de mallas por ser menor de 1 cm.

14.- Cita de seguimiento con el Servicio de Cirugía General y Digestiva tras reparación de hernia, el 19/10/2022, con alta de la consulta. Consta exploración física normal.

15.- Se revisa la historia clínica de Atención Primaria (última nota registrada en fecha 13/08/2024), en la cual no constan secuelas de las operaciones quirúrgicas realizadas ni recidivas (nuevas herniaciones).

CONCLUSIONES:

1.- La hernia es un defecto en la pared abdominal por donde, en algunos casos, se desliza alguna víscera u órgano. El desarrollo de una hernia puede estar asociado con una

combinación de presión intraabdominal elevada y una debilidad preexistente en la pared muscular o tejido conectivo.

- Las hernias umbilicales y epigástricas son hernias de la línea media, ambas consideradas hernias abdominales. El epigastrio es el área anatómica que se extiende desde encima del ombligo hasta la región del xifoides (punta del esternón). No existe una separación precisa y evidente entre la zona supraumbilical y la zona epigástrica, ya que estas áreas están en continuidad y carecen de límites anatómicos estrictamente definidos.

(...)

Las hernias umbilicales se producen alrededor del ombligo, mientras que las epigástricas ocurren en la línea media de la mitad superior de la pared abdominal, aproximadamente 3 cm por encima del ombligo. Sin embargo, como se explicó anteriormente, la definición anatómica de estas áreas no es estrictamente precisa.

- Una hernia está compuesta por un saco (peritoneo parietal) que comprende cuello, cuerpo y fondo, y que protruye a través de un orificio o anillo (defecto en la pared abdominal). La clasificación de una hernia como umbilical o epigástrica se basa en la ubicación anatómica interna del orificio herniario, y no solo en la localización externa de la masa o bulto visible. En muchos casos, como el reclamado, las pruebas de imagen o exploraciones físicas pueden describir hernias epigástricas que, al intervenirse, revelan un origen umbilical, ya que el saco herniario puede desplazarse cranealmente, haciéndolas parecer epigástricas.

Es importante destacar que una situación de sobrepeso, como la del paciente, puede dificultar la exploración física abdominal y la apreciación de las características de la hernia. De hecho, en las consultas con cirugía se reflejó que no era posible palpar claramente el orificio herniario, lo que llevó a basar la cirugía en las pruebas de imagen disponibles y a adaptar la intervención según los hallazgos intraoperatorios.

2.- La primera intervención quirúrgica se realizó sin incidencias. El procedimiento de reparación de una hernia abdominal consiste en hacer una incisión en la piel en la zona identificada como el defecto (orificio herniario). Tras la incisión, el cirujano expone el saco herniario, empuja su contenido (generalmente una parte del intestino o grasa intraabdominal) de regreso a su posición normal dentro de la cavidad abdominal y cierra el defecto en la pared abdominal con suturas.

Durante la cirugía, se hizo una incisión en la región supraumbilical, justo por encima del ombligo, que correspondía a la ubicación del orificio herniario indicado por la ecografía. Se identificó el orificio herniario y se realizó una herniorrafia (sutura del defecto de pared), encontrando, durante la cirugía, una hernia umbilical pura con un orificio de 1 cm de diámetro. Durante el procedimiento, se realizó una liberación del tejido alrededor del

ombligo para permitir una mejor exposición del saco herniario, lo que a veces se describe como una "desinserción del ombligo" para referirse a la separación temporal del ombligo del tejido circundante.

Es decir, durante la operación se identificó el defecto de pared, que se reparó, y se constató, a nivel intraoperatorio, la presencia de una hernia. Por lo cual, no se sostiene la afirmación del paciente de que se "comete el error médico o negligencia de realizar una operación por hernia umbilical, que nada tenía que ver con la abdominal, pues me intervienen negligentemente mi ombligo que se encontraba en perfecto estado, como pudieron comprobar todo el equipo médico que participó en la intervención."

En el caso del paciente, no se aplicó una malla debido a las dimensiones de la hernia (1 cm). Generalmente, la malla se utiliza para hernias grandes y complejas, ya que ofrece una mayor probabilidad de éxito y reduce el riesgo de recurrencias. Sin embargo, el uso de mallas no está exento de riesgos y complicaciones, que incluyen infecciones, reacciones al material de la malla, adherencias, migración de la malla, dolor, hematomas y erosiones del tejido circundante.

3.- En la fase postoperatoria, el paciente no reportó, hasta el 2/04/2022, cuando acudió al Servicio de Urgencias del hospital, la persistencia de una masa o de la hernia. Además, fue evaluado en el centro de salud para revisar el estado de la herida quirúrgica, sin que se encontrara evidencia de un bulto.

Es probable que se haya tratado de una nueva herniación, un evento que está contemplado en el consentimiento informado ("reproducción de la hernia"). Esta recidiva podría estar relacionada con el incumplimiento de las recomendaciones de reposo y de evitar esfuerzos físicos, o con la tos experimentada por el paciente debido a una infección por COVID-19, que se presentó poco después de la primera intervención quirúrgica. La segunda hernia presenta características diferentes: es reductible, lo que significa que puede ser empujada manualmente dentro de la cavidad abdominal, mientras que la hernia anterior era incarcerada (irreductible), y subcentimétrica según los hallazgos intraoperatorios.

El servicio de cirugía solicitó un TAC, que se realizó al día siguiente de la visita (27/05/2022), para localizar con precisión la hernia que estaba causando molestias, ya que la exploración física no fue suficiente para identificarla. Aunque la ecografía es una herramienta diagnóstica válida, el TAC proporciona una descripción más precisa de la ubicación exacta. El TAC describió una hernia localizada en la región supraumbilical, que podría corresponder a la misma área intervenida previamente.

4.- En relación con el informe de la primera cirugía (realizada en régimen ambulatorio), el mismo paciente lo aporta en su reclamación. En dicho informe de alta constan el diagnóstico, el tipo de intervención quirúrgica, las instrucciones postoperatorias y la firma de los cirujanos que participaron en el procedimiento.

5.- Con el objetivo de agilizar los trámites y resolver la situación planteada lo antes posible, el paciente fue incluido en la lista de espera desde el Servicio de Urgencias el 2/04/2022, sin esperar a la consulta ambulatoria programada para el día 26/05/2022. La segunda intervención se realizó en septiembre 2022 (a los pocos meses de la primera intervención), utilizando la misma técnica (herniorrafia sin malla). Posteriormente, no se registraron incidencias, secuelas ni recidivas, siendo dado de alta por el Servicio de Cirugía.

6.- Las secuelas descritas, como las molestias al movimiento y el dolor postquirúrgico en la zona intervenida, son posibles tras una intervención de hernia abdominal. Además, el consentimiento informado incluye la posibilidad de efectos secundarios como "dolor prolongado en la zona de la operación". La recomendación de evitar cargar objetos pesados y realizar esfuerzos físicos es una práctica estándar después de cualquier tipo de cirugía de hernia abdominal, ya sea umbilical o epigástrica.

7.- Resumiendo, es opinión de nuestro Servicio que en ambas ocasiones el paciente ha sido intervenido diligentemente. Tanto en la primera, que el paciente reclama como errónea, y en la segunda intervención quirúrgica, el equipo encuentra una hernia y repara el defecto.

Se entiende que, si en el primer procedimiento no se hubiera encontrado nada ni corregido el defecto, entonces sí, la operación habría sido en vano. En ese caso, habría constado en la historia clínica la ausencia de hallazgos durante la operación, dado que la historia clínica, por su naturaleza, refleja la veracidad de los hechos.

Considerando que el paciente no presentó quejas de persistencia de la masa durante aproximadamente dos semanas, es probable que se haya tratado de una nueva herniación en la misma zona o en una adyacente, posibilidad contemplada en el consentimiento informado. Cabe señalar que tanto en la primera como en la segunda intervención, a pesar de las diferentes "etiquetas anatómicas" (hernia umbilical y epigástrica), ambas hernias estaban localizadas en la región supraumbilical, una zona que se encuentra entre los límites de las áreas umbilical y epigástrica.

La recidiva podría haber sido causada por un esfuerzo físico (el paciente menciona que tenía una hija de pocos meses) o por el aumento de la presión abdominal asociado a los episodios de tos en el contexto de una infección por COVID-19.

8.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

9.- Se emite informe DESFAVORABLE».

2.2. En el informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de fecha 9 de marzo de 2023, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, se expone lo siguiente:

« (...) En la primera cirugía, a la palpación abdominal con el paciente relajado, la única hernia que se palpa es la umbilical, que tal y como describe el informe de la intervención, tiene un orificio herniario de 1 cm de diámetro. El orificio herniario de la hernia epigástrica se describe en los informes como de 3,7 mm en el TAC y de subcentimétrica en el informe de la cirugía. Por lo tanto, es más grande la hernia que se operó en la primera intervención que la segunda.

La dificultad a la hora de explorar las hernias abdominales radica en el Índice de Masa Corporal que tienen los pacientes, y en el caso del paciente que nos compete, está por encima de la normalidad. El IMC calculado por el peso y la talla que le tomaron en la consulta de preanestesia es de 26,36, sobrepeso.

Punto 3. El motivo por el que no se le dio el mismo tipo de informe en la primera y en la segunda cirugía es porque fue intervenido por circuitos distintos. La primera intervención se realizó en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), por lo que no precisa ingreso y el alta solo incluye la intervención, el tratamiento analgésico y las recomendaciones de cuidados y signos de alarma. La segunda intervención se realizó mediante una hospitalización, por lo que se realiza un informe de ingreso y posterior alta con mayor cantidad de datos clínicos. Ambos sin igualmente válidos y aportan la información suficiente para conocer las características de la intervención realizada y la situación clínica del paciente.

Todo lo que se hizo a partir de que el paciente acude a Urgencias se realiza con el fin de solucionar su problema lo antes posible, con la preocupación propia de un equipo responsable que se preocupa de sus pacientes y de la repercusión que tienen sus acciones. La compañera que le entregó el documento de Inclusión en Lista de Espera por segunda vez lo hizo con el fin de agilizar los trámites, ya que por el circuito normal habría que haber esperado a verlo en las Consultas Externas. El Jefe de la Unidad está al corriente de prácticamente todo lo que ocurre en la Unidad de Urgencias, pero el volumen de pacientes que manejamos es muy alto, y es muy difícil acordarse de las peculiaridades de cada caso.

Llamamos al paciente en varias ocasiones con el fin de estudiar mejor el caso con el fin de ponerle solución a su problema lo antes y lo mejor posible. El TAC se solicitó con el fin de localizar exactamente donde estaba la hernia que le ocasionaba molestias ya que con una simple exploración física no habíamos sido capaces de localizarla. La ecografía es una prueba más que válida para este tipo de diagnóstico, pero es menos precisa a la hora de describir la ubicación exacta. Como todo esto ocurrió en plena época estival, se llamó en varias ocasiones al paciente para intentar programarlo en la fecha que más le conviniera, y se

programó tan pronto como tuvimos hueco en un quirófano, incluso por delante de pacientes que llevaban más tiempo en lista de espera.

Según lo explicado, la actitud de nuestra unidad fue de preocupación y denota una alta implicación para con el paciente y su bienestar a pesar de que el resultado no haya sido de su agrado».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 28 de noviembre de 2022 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 9 de diciembre de 2022, se requiere a (...) a fin de acredite la representación que ostenta, presentándose poder notarial de representación con fecha 22 de diciembre de 2022.

- Mediante Resolución de la Directora del SCS de 4 de enero de 2023 se admite a trámite la reclamación formulada y se acuerda solicitar a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del servicio causante de la presunta lesión indemnizable.

- Con fecha 9 de marzo de 2023 se emite informe por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

- Con fecha 5 de septiembre de 2024 el SIP emite informe.

- Con fecha 19 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental propuesta por el reclamante.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 19 de septiembre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia al interesado quien con fecha 4 de octubre de 2024 formuló alegaciones dentro del plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado

que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 21 de octubre de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por el interesado.

IV

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

2. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada *«lex artis ad hoc»*.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 dice 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha pronunciado este Consejo Consultivo de Canarias. Así, se ha de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, de este Organismo, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata

de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo remitido a este Consejo Consultivo, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio y argumental que obra en las presentes actuaciones, se considera que en el presente caso no es posible por ahora pronunciarse y afirmar que resalta o no enteramente acreditado, en el criterio de este órgano consultivo, que la prestación sanitaria dispensada al reclamante ha sido adecuada y conforme a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*, pese al esfuerzo argumental que se percibe en el informe del

SIP para exponer la actuación que origina la reclamación, así como también, del mismo modo, en el informe del servicio de cirugía.

Para formular la anterior afirmación, que es el resultado del estudio del expediente, el Consejo ha de partir de toda la legislación, jurisprudencia y doctrina antes referidas y, especialmente, de la exigencia de que al dictaminar sobre la propuesta de Resolución, y sobre el propio expediente que conduce a ella, quepa obtener la conclusión de que en el mismo consta de modo suficiente la documentación que permita fundar con solvencia y consistencia aquella Propuesta.

Y ello [es decir, la aplicación de la ley] obliga, por un lado, a comprobar si se han obtenido, examinado y unido al expediente todos los informes que sean preceptivos o los que, sin serlo, resulten necesarios en los términos del art. 79 LPACAP, lo que suele predicarse por este Consejo de los propios informes del SIP, iniciales o complementarios, para fundamentar la conveniencia de reclamarlos.

Y también ello obliga, por otro lado, a que tras la instrucción del expediente por todos sus trámites, se concluya (LPACAP 88) resolviendo sobre *todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo* y también obliga a que la resolución sea *congruente con las peticiones formuladas*.

Las anteriores exigencias legales las entiende aplicables este Consejo a la cuestión central que se contiene en el escrito de reclamación, que es la de determinar si la hernia que fue intervenida en la segunda intervención quirúrgica es, como se afirma por el reclamante, la misma que había sido observada y referida en los documentos anteriores a la primera intervención, que había sido reiteradamente calificada de «*epigástrica*», y que no fue percibida o detectada o reconocida en aquella primera intervención quirúrgica, o bien, como se sostiene por la Propuesta, que probablemente « *(…) se haya tratado de una nueva herniación*», de la que se dice: «*Esta recidiva podría estar relacionada con el incumplimiento de las recomendaciones de reposo y de evitar esfuerzos físicos, o con la tos experimentada por el paciente debido a una infección por COVID-19, que se presentó poco después de la primera intervención quirúrgica».* Y se añade: «*La segunda hernia presenta características diferentes: es reductible, lo que significa que puede ser empujada manualmente dentro de la cavidad abdominal, mientras que la hernia anterior era incarcerada (irreductible), y subcentimétrica según los hallazgos intraoperatorios*».

Las dudas que el Consejo entiende obligado disipar sobre la cuestión así enunciada mediante un informe complementario se derivan del propio expediente: en efecto, ya desde la consulta de 13 de octubre de 2021, meses antes de la primera

cirugía, (folio 295) se establece al relatar la anamnesis que el paciente *«refiere tumoración epigástrica de 2 años de evolución que ha ido creciendo de tamaño, molesta con los esfuerzos»,* y además en esa fecha el reclamante aporta ecografía realizada en (...) en la que se impresiona de *«imagen ovalada de contenido graso en región de epigastrio encapsulada 32x17 mm, apreciándose pequeño orificio herniario de 3,7 mm en línea media supraumbilical»*.

Asimismo, en dicha consulta se establece como juicio diagnóstico *«hernia epigástrica crónicamente incarcerada»*, incluyéndose desde ese momento al reclamante en lista de espera quirúrgica para hernioplastia epigástrica, haciéndose constar en dicha consulta que es apto para cirugía menor ambulatoria (CMA) y que en ese momento se le entrega y firma el consentimiento informado (CI).

Sin embargo, a pesar de la claridad del diagnóstico [copiado] y del tipo de intervención quirúrgica que según tales antecedentes se debía llevar a cabo -*hernioplastia epigástrica*-, el 15 de marzo de 2022 fue intervenido de una hernia *umbilical* -sin ningún adjetivo ni otra calificación adicional o expresión identificatoria distinta de la propia palabra *«umbilical»,* tantas veces referida- de 1 cm (folio 298).

En relación con esta cuestión, la Administración sanitaria sostiene que los límites anatómicos entre una hernia umbilical y una epigástrica en ocasiones son difusos y se pueden confundir, considerando que la hernia epigástrica podía ser en realidad una hernia umbilical.

Pero, aun comprendiendo (o creyendo haber comprendido) que puede haber un *límite difuso* entre una hernia umbilical y una hernia epigástrica, parece que se trata según el propio expediente de dos patologías y dos entidades clínicas diferentes y de dos regiones anatómicas, aunque fronterizas, diferenciadas.

Este Organismo consultivo ni afirma ni pone en duda -no tiene elementos de juicio para ello, al menos por ahora- que el reclamante padeciera una hernia epigástrica y también o, además, una hernia umbilical y que fuera preciso, en algún momento de su vida operarla. Pero, lo cierto es que, tal como se puede comprobar en la historia clínica del paciente, esa hernia llamada umbilical no había sido diagnosticada así anteriormente, y así no consta anotación ni registro alguno que indique la posible existencia de la misma sino que, antes al contrario, el diagnóstico que consta en la historia médica del paciente es el de *«hernia epigástrica»,* y la intervención quirúrgica programada y respecto de la cual el reclamante otorgó su consentimiento informado fue la referida a la hernioplastia epigástrica.

Siquiera sea *ob iter dictum* o incidentalmente, debe añadirse que no eximiría de responsabilidad, en su caso, a la Administración sanitaria el hecho de que el reclamante firmara para la intervención quirúrgica del 15 de marzo de 2022 un documento de consentimiento informado (DCI) para cirugía abierta de la hernia, porque, tal como se puede comprobar en el expediente administrativo, tal DCI es idéntico para ambas cirugías -hernia umbilical y epigástrica-, y es un documento genérico o estandarizado y no singularizado para el tipo específico de hernia de las que fue intervenido. E igualmente relevante habría de ser el hecho de que el paciente firmara el DCI tras ser informado por los servicios médicos y, por tanto, en el convencimiento de que la cirugía a practicarle consistía en una hernioplastia *epigástrica*, sin que en momento alguno se le advirtiera de que también podría ser operado de una hernia *umbilical*, diagnóstico que para él era completamente desconocido en ese momento, y respecto del cual en ningún momento prestó su autorización o consentimiento para esta última práctica.

La Administración sanitaria también sostiene que la hernia epigástrica pudo ser una recidiva de la hernia umbilical intervenida el 15 de marzo de 2022, provocada por el incumplimiento del reposo prescrito y la realización de esfuerzos del reclamante, así como por la tos que le ocasionó el COVID-19. Sin embargo, estas conclusiones referidas a la recidiva como probablemente imputable a la propia conducta del paciente no se acompañan -salvo en lo relativo a la tos- del sustento fáctico que permitiría pasar de lo meramente posible o lo más concretamente probable.

De otro lado, la propia existencia de la recidiva, como tal, parece haber quedado desvirtuada por los propios datos obrantes en la historia clínica del reclamante, pues las molestias que acusa el paciente ahora reclamante se producen no mucho después de la primera intervención: llama la atención que el día 3 de abril de 2022 conste en la consulta de urgencias de esa fecha (folio 289) *«persistencia tumoración epigástrica»* con el juicio diagnóstico de *«hernia epigástrica»*, entregándose ese mismo día al reclamante documento de inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) -rapidez sin duda encomiable- y consentimiento informado para cirugía.

También hay que reseñar que en la nota de la consulta de Atención Primaria de 5 de abril de 2022 consta anotación en la que se expone al relatar la anamnesis [que el paciente] *«refiere persistir hernia supraumbilical y solo se operó de área umbilical, fue a La Candelaria y verificaron en cirugía de La Candelaria que no está operado de*

hernia supraumbilical. Luego no está operado de la hernia que presentaba y está de nuevo en lista de espera».

Posteriormente, en el informe de TAC de abdomen de 27 de mayo de 2022 (folio 269) se hace constar *«datos clínicos aportados: Paciente de 33 años con hernia epigástrica de larga evolución, se ruega TAC para programar cirugía»*, expresión y palabras –«larga evolución»- que hacen pensar que la hernia *de larga evolución* encontrada no sería una recidiva reciente de la hernia anterior, causada por la tos o la imaginada falta de reposo.

Y, finalmente, tras la práctica de la intervención quirúrgica de hernioplastia epigástrica de 7 de septiembre de 2022, en la consulta de seguimiento de fecha 19 de octubre de 2022 (folio 302) se hace constar como juicio diagnóstico *«hernia epigástrica crónicamente incarcerada».*

Puede parecer, como culminación lógica de todo lo anterior, y de todos los datos expuestos, que la hernia llamada epigástrica de la que fue operado el reclamante el día 7 de septiembre de 2022 no fue una recidiva de la hernia llamada umbilical intervenida el 15 de marzo de 2022, sino que se trataba de la misma hernia que tenía diagnosticada desde, al menos, el año 2021.

Y por ello, se entiende necesario un nuevo informe del SIP, que esclarezca las dudas o sospechas descritas en los párrafos anteriores, en el cual de una forma más clara que en su informe anterior se diga y se fundamente lo que se exprese, más allá de lo meramente probable o imaginable, si el reclamante padecía dos hernias distintas -epigástrica, umbilical- o una sola, de la que fue intervenido, cuya recidiva motivó la reintervención o segunda cirugía; y si lo intervenido y resuelto en la segunda pudo haber sido intervenido y resuelto en la primera.

En relación a los informes del SIP hemos dicho (DDCC 41/2024, 53/2024, 63/2024, 105/2024,163/2024, 189/2024, 226/2024 y 358/2024) esto que es oportuno recordar:

«Conforme a nuestra doctrina (véase, por todos, 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. Conforme al art. 81.1 LPACAP es preceptivo el informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable. Ahora bien, el art. 79.1 del mismo texto legal establece que, a efectos de la resolución del procedimiento, se solicitarán aquellos informes que sean preceptivos por las

disposiciones legales, y los que se juzguen necesarios para resolver, y en este caso el informe del SIP está entre ellos.

Dicho informe ofrece una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia prestada, más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios implicados en cada caso, 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.

Además, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer en su caso alguno de dichos informes, proporcionado una fundamentación adecuada y consistente en apoyo de la propuesta que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

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».

En particular, el Consejo ha dicho expresamente lo siguiente, como corolario y conclusión de las con sideraciones transcritas, esto que conviene recordar para su aplicación al caso:

«Ahora bien, cuando no sucede así, y pudiera subsistir algún género de incertidumbre en torno a alguno de los extremos atinentes al caso, en aras a garantizar los derechos de los interesados, resultará necesario requerir al SCS la emisión de un informe complementario concretamente al SIP, y si fuera necesario con carácter previo a éste, de los servicios intervinientes».

Es justamente lo que debemos concluir en el presente expediente.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria del interesado, se considera que no es conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV, apartado 4, del presente Dictamen, en cuya virtud se entiende que debe retrotraerse el expediente y reclamar del SIP un informe complementario, que dé respuesta a las cuestiones que allí (IV.4) se formulan y que esclarezca las incertidumbres que también allí se manifiestan.