Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 6 3 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 24 de abril de 2025.

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. 110/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar y pronunciarse sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado [200.000 €, aunque calificada de *provisional* y *al menos aproximada* por el reclamante] hace preceptivo nuestro dictamen, y determina nuestra competencia para emitirlo y la facultad de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en 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. Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada son de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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 Ley 41/2002,

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del SCS, está delegada en su Secretaría General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por tanto, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

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

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante tiene la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

5.2. Y la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al mencionado SCS, organismo autónomo de dicha Administración, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], que no se objeta por la Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP, sin que se manifieste ninguna justificación o explicación de ello. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

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 ha sido dispensada para hacer frente a sus padecimientos oftalmológicos.

A este respecto, el perjudicado fundamenta su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos:

«Primero. En el año 2012 (...) (en calidad de paciente) acude a su médico de cabecera por problemas y dificultad en la visión ocasionado por los años. Éste, a su vez, derivaría al paciente a la especialidad de Oftalmología ubicado en "Tomé Cano", recibiendo un diagnóstico de cataratas en ambos ojos, entrando en lista de espera para la colocación de lente en cámara interior. En concreto, descompensación corneal postpseudofáquica en su ojo izquierdo con defecto iridiano amplio nasal superior.

Segundo. En 2013 se cita al mismo para acudir al "Hospital del Tórax" con objeto de realización una queroplastia en el ojo izquierdo, complicándose la intervención que por su naturaleza no suele prolongarse, se refería el médico que el personal encargado administrara más medicación (gotas). Tras la intervención, se le cita al día siguiente para revisión, no siendo tampoco lo habitual, en la misma en la ocultación el paciente refiere que no puede visualizar al doctor ni algún elemento de dicho ojo. Sin mayor explicación, a los dos días se le vuelve a citar esta vez en "Tomé Cano" por haber mejor aparatologia, se detecta en esa consulta de revisión la necesidad de ingresar por una membrana que se ha creado en el ojo que impide la visión.

Tercero. A los dos días posteriores, se inyecta la anestesia en vez de suministrársela por medio de gotas (como la vez anterior), estando en un tiempo aproximado de dos horas de intervención. Aún sin poder visualizar algún elemento, se cita para revisión (dos días más), en la inspección el facultativo cuestiona al paciente si no puede ver, se realizan pruebas de radiología, derivando al paciente al HUNSC (Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria) observando que existe una perforación en el miembro provocando que la lentilla se desplazara hacia la parte trasera de la córnea. Ante tales sucesos, (...) se tiene que quedar ingresado de urgencias, pasando a ser atendido por otro Facultativo, con una nueva intervención y su posterior oscultación (sic) no pudo mejorar la nula visión que tenía en ese momento. Durante un periodo aproximado de cuatro meses, tuvo que ir dos veces en semana, en ese estado, para administrarle diversos tratamientos, sin mejoría alguna.

Cuarto. Al cabo de meses, se le plantea al paciente la necesidad de intervenir el otro ojo por la catarata existente, negándose éste debido a la situación de su ojo izquierdo y su

nula visibilidad tras todas las intervenciones, se le explica que hubo un fracaso en la primera intervención al querer cortar la catarata se alzó mucho el láser por estar esta con mucha dureza, en ese momento se lesionó la córnea necesitando un trasplante habiendo listas de espera superiores a un año de duración, entrando en la misma y continuando con las revisiones periódicas como se le citaban. Ante una mala relación de confianza facultativo-paciente, se le remite el historial a otro doctor.

Quinto. Debido a los sucesos, se interviene el ojo derecho en un médico privado, sin ningún tipo de complicación. Así bien, estos facultativos le dan un diagnóstico en el que debe quitarse la lente de la cámara anterior (ojo izquierdo) por estar dañando la córnea hasta el punto de tener la necesidad de retirarla, pidiendo otras opiniones médicas para cerciorarse todos llegan a la misma conclusión. Se opera con el facultativo apellidado (…) adscrito al Servicio Canario de Salud, teniendo que estar ingresado, con revisiones periódicas fue recuperando la visión gradualmente.

Sexto. Al cabo de seis meses tras una molestia se acude al Servicio de Urgencia (por ser fin de semana), no viendo el correspondiente facultativo ninguna anomalía pese al historial del paciente. A los dos días tenía revisión con su oftalmólogo detectando éste una fuerte infección en uno de los puntos, recetando un tratamiento ocular durante semanas no mejorando. Determinándose, finalmente, que era necesario una nueva intervención por el doctor (…) junto con otra compañera, a pesar de las molestias se entendió que era normal.

Séptimo. En un momento determinado, (...) siente un líquido desprendiéndose de su ojo, acude a urgencias por ser domingo y se debe quedar ingresado por sufrir una perforación, con una inspección ocular el día siguiente, nuevamente, se interviene para poner una nueva córnea con alta a los diez días y revisiones periódicas semanalmente (unos seis o siete meses). En el transcurso de un año desde la última intervención, se nota pérdida nuevamente de visión, por lo que acude al oftalmólogo detectando una infección bacteriana recetándose un tratamiento intenso de tres meses de duración aplicándose dos gotas cada hora (día y noche). Pues a pesar de los problemas sufridos la cita anterior a estos sucesos se retrasó por la pandemia acontecida desde el 2020 (COVID-19), no compensando el posible contagio que entendía la doctora con los sucesos presentes que, por no haber retirado la lentilla se han provocado daños en la córnea.

Octavo. Ante la imposibilidad de retirar la infección se le cita para aplicar láser por estar la bacteria encapsulada en la córnea, no pudiendo ser aplicado por encontrarse la máquina estropeada, tuvo que esperar aproximadamente un mes para un tratamiento que era de prioridad. Cuando todo estaba solucionado se tuvieron que dar veinticinco golpes de láser, con una revisión a la semana se percatan que los antibióticos están resultando, pero consideran la conveniencia de intervenir la córnea por estar deteriorada por la dilación en el láser. Se tiene que poner en lista de espera, siendo llamado a los ocho días por error al no ser compatible el nuevo trasplante. Se acude a revisión (agosto de 2020), contemplando que

la infección estaba mejor aun no teniendo visión. En la siguiente, se le da la terrible noticia de no ser intervenido por deducir en base a su juicio que no iba a mejorar y que no se aplicara más tratamiento por no resultar necesario siendo imposible una mejoría.

Noveno. Tras la relación de los hechos, mi mandante ha sido innumerables veces intervenido sin éxito, detectándose un funcionamiento anormal en el desempeño del Servicio Canario de Salud, pues ha habido errores en el diagnóstico del paciente y habiendo sufrido un retraso imperdonable en la aplicación de los tratamientos porque no funcionaban las maquinarias correspondientes, sin perjuicio de los problemas y daños ocasionados con la pérdida total de visión por la falta de negligencia de los doctores que han actuado con el paciente.

Décimo. En fecha 27 de noviembre de 2020, mi cliente ha sido intervenido nuevamente del mismo ojo izquierdo a los efectos de intentar paliar de alguna forma la pérdida total de visión causada por la negligencia detallada, en la actualidad sigue sin habérsele dado de alta ya que continua en tratamiento a día de la presente reclamación patrimonial, pues debe estar aproximadamente más de 6 meses con los puntos interiores del ojo izquierdo».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que legalmente se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública [*« (…) resulta inequívoca la existencia de nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos dependientes de esta Administración y el resultado lesivo o dañoso producido en los derechos e intereses legítimos de esta parte, por cuanto se ha producido un resultado de pérdida de visión total del ojo izquierdo disminuyendo la calidad de vida de mi cliente al ser un sentido esencial y más con su avanzada edad siendo imprescindible para que no aumente su riesgo de caídas, entre otras complicaciones. Debido a que, de haber sido más prudentes, siguiendo todos los facultativos intervinientes la lex artis, no habrían ocasionado el resultado obtenido pues la ceguera que tiene es causa directa en la asistencia sanitaria, pues a pesar de las patologías previas no había padecido los dolores propios de las intervenciones además de los perjuicios ocasionados a su avanzada esas (sic), siendo contraria a la lex artis, por error en el diagnostico que impidió dar un tratamiento adecuado, esperando las oportunas recuperaciones y revisiones en profundidad para poder percatarse de los constantes fallos en su tratamiento, siendo éstos intolerables»*], el reclamante solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios que le han sido irrogados.

Aunque el reclamante no cuantifica, inicialmente, el importe de la indemnización pretendida, sí lo hizo en su escrito de alegaciones de 8 de febrero de 2021 en el que cifra, de manera *provisional* y *aproximada*, su petición en 200.000 €, y anuncia la presentación de informe pericial, lo que no ha ocurrido.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra la Administración sanitaria se interpone mediante escrito con registro de entrada en el SCS el día 19 de enero de 2021.

2. Con fecha 20 de enero y 9 de febrero de 2021 el órgano instructor formula requerimiento al interesado a fin de que subsane o mejore la reclamación interpuesta, cumplimentado los días 8 y 23 de febrero de 2021.

3. Con fecha 26 de febrero de 2021 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por el Sr. (...), acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la representante del interesado.

4. Con fecha 31 de mayo de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS -en adelante, SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente.

Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -CHUC- y en el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria -CHUNSC-, así como historia de salud en Atención Primaria, y documentos complementarios.

- Informe del Servicio de Oftalmología del CHUC, de 22 de marzo de 2021.

- Informe del Servicio de Oftalmología del CHUNSC, de 23 de marzo de 2021.

5. Con fecha 1 de julio de 2024 se formula requerimiento al interesado -notificado el día 10 de ese mismo mes y año- para que concrete los testigos que han de declarar en las actuaciones, aporte pliego de preguntas a efectuar y acredite el poder de representación de su abogada.

Este requerimiento es cumplimentado el 11 de octubre de 2024.

6. Con fecha 15 de octubre de 2024 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción, y se rechazan las declaraciones testificales propuestas por el reclamante, sugiriéndose no obstante la aportación directa de testimonios de personas allegadas a aquél.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia al interesado.

Las citadas resoluciones constan debidamente notificadas al reclamante.

7. Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado al efecto, no consta la formulación de alegaciones por parte del reclamante.

8. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

9. Con fecha 12 de marzo de 2025 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del SCS, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...) al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial»*.

10. Mediante oficio de 17 de marzo de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP, en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. Con carácter previo al análisis de la cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que habría de asentarse la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, a criterio del Consejo resulta necesario expresar algunas consideraciones respecto a la

tramitación del presente procedimiento administrativo y en particular sobre la suficiencia de los informes obrantes en el expediente y sobre la adecuación de la Propuesta de Resolución a las exigencias legales de motivación y de congruencia con la reclamación que lo motiva y motivó su admisión.

En el parecer de este Consejo, y a la vista de la documentación recibida, se estima que es incompleta la tramitación del procedimiento administrativo y que ello impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo, en los términos a que nos obligan los mandatos de los art. 34 y siguientes de la LRJSP y 81.2 LPACAP.

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, ni en ésta ni en el informe evacuado por el SIP con fecha 31 de mayo de 2024 se entra a valorar la totalidad de los argumentos esgrimidos por el interesado como fundamento de su reclamación, faltando así -a nuestro parecer- a los deberes de exhaustividad y de motivación a que ha de ajustarse la resolución que ponga fin a este procedimiento administrativo [arts. 88 y 35.1, letra h) LPACAP].

A este respecto se ha de indicar que el reclamante, a través de su escrito de reclamación inicial y los posteriores escritos de subsanación, mejora o complemento de su solicitud resarcitoria, afirma la existencia de una serie de irregularidades en la prestación sanitaria -concretamente la oftalmológica, pues ha sido objeto también de otras- que le ha sido dispensada por parte del SCS, lo cual, en última instancia y a su criterio, ha determinado la pérdida de visión -total- del ojo izquierdo. Este funcionamiento anormal del servicio público sanitario que se alega es objeto de una suerte de delimitación por el perjudicado en los siguientes términos:

«SEGUNDO. MALA PRAXIS CONCRETA POR LA QUE SE RECLAMA.

La mala praxis en el ámbito sanitario se considera al no haberse realizado tratamientos necesarios por errores técnicos del Servicio Canario de Salud como lo fueron las sucesivas intervenciones sin espera del tiempo necesario para su curación y, retrasar en el tiempo una cita de revisión con causa en la pandemia (año 2020), ocasionando a (...) que, por tratar de evitar contagios, se introdujera una bacteria por falta de retirada de la lentilla, necesitando un tratamiento de láser que no llegaría hasta semanas más tardes por encontrarse la máquina averiada, sufriendo un perjuicio que no debe responder el paciente».

La Propuesta de Resolución, con sustento en lo informado detalladamente por el SIP, ofrece una respuesta pormenorizada y prolija a la reclamación patrimonial formulada contra el SCS, afirmando, en términos generales, la adecuación del

proceder médico a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»* [también sobre la base de lo manifestado por el SIP en su también prolijo, detallado y pormenorizado informe].

Pero, sin embargo, el Consejo echa en falta un pronunciamiento directo, explícito y no menos pormenorizado respecto a las concretas cuestiones planteadas por el interesado en su reclamación, como se ha expuesto anteriormente.

Es innegable y bien visible que la Inspección realiza un relato detenido de las muchas intervenciones, asistencias, exámenes y revisiones que se han hecho al paciente reclamante, que son más de un centenar, y que en ese relato se describe, siquiera sucintamente, cada una de ellas, y también es visible que se termina el relato con unas conclusiones, entre ellas estas, que queremos reproducir:

«8.- Desde mayo de 2013 hasta febrero de 2021 ha sido visto y tratado en más de 130 ocasiones. En todas ellas, la actuación de los facultativos ha sido siempre prudente y profesional. Aplicando los conocimientos actualizados en cada momento.

(…)

10.- Tras el estudio de todos los documentos obrantes en el expediente, incluidos los informes de Oftalmología tanto del CHUNSC como el CHUC, no se observan datos de mala praxis en ninguna de las actuaciones realizadas. Por lo que se emite informe desfavorable».

Sin embargo, esta sucesión de descripciones singulares, muchas de las cuales son, a su vez, la mera transcripción de los documentos obrantes en la historia o en los antecedentes clínicos del reclamante, no proporciona por sí sola y por sí misma, a juicio del Consejo, elementos de juicio bastantes para compartir de la Propuesta de Resolución y del SIP en que, por cierto, se sustenta exclusivamente– a diferencia de lo que no es infrecuente hallar en sus informes- en su propia opinión y en unas afirmaciones generales acerca de la indicación, en cada caso, de los tratamientos aplicados al paciente, que no pueden tenerse por juicios o criterios apodícticos, pues necesitan venir acompañados, como suelen serlo, de otros fundamentos que no sean la mera opinión de los inspectores que los suscriban en cada caso. Por ello, y aunque, en aras de la claridad, podamos añadir que tampoco encuentra el Consejo elementos para refutar o rebatir las afirmaciones del SIP, justamente esta carencia de una base o sustento que permita aceptarlas y, finalmente, terminar aceptando y trasladando su criterio a nuestro dictamen obliga a postular su aclaración o complemento.

Sobra decir que ni la sola reclamación ni tampoco su contenido bastan para entender existente la responsabilidad y procedente el resarcimiento, especialmente

cuando resultan huérfanas de toda prueba, como aquí sucede. Pero sí han de llevar al instructor y a la resolución a proporcionar argumentos y razonamientos distintos de las propias afirmaciones de los intervinientes o de los inspectores, suficientes y concluyentes para estimar que en las actuaciones se han aplicado las mejores técnicas sanitarias, de diagnóstico y tratamiento, y que entre ellas ha habido una ilación o conexión, no solo material, sino también temporal, que esté asimismo ajustada a la *lex artis ad hoc* y que el daño alegado, calificado de *ceguera* por el reclamante -daño que, sea dicho *ob iter*, no resulta bien determinado ni en su extensión ni en su intensidad- no es efecto de una anomalía de la actuación de la administración.

Así pues, a la vista de las circunstancias descritas anteriormente y de las anomalías que se imputan al funcionamiento, en su conjunto, del servicio público sanitario, por todo lo anterior es por lo que se considera necesaria la emisión de informe complementario por parte del SIP en el que, de forma cronológica y sobre la base de la historia clínica y los informes evacuados -o que pudieran emitirse- por los diversos servicios sanitarios que atendieron al paciente, se analicen, por separado y de manera detallada -con el necesario soporte documental- los diferentes estadios del proceder médico observado en la atención sanitaria dispensada al paciente y su adecuación -o no- al parámetro de la *lex artis ad hoc,* razonando las conclusiones a las que el informe conduzca. Se trata, pues, de hacer un análisis integrador y de conjunto de la actuación del servicio público sanitario -a partir del relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada que ofrece la historia clínica y de la información de los diferentes departamentos o servicios médicos implicados en la atención al paciente-, tratando de alcanzar una conclusión respecto a la corrección o no del proceder médico, en su conjunto, a la luz de la *lex artis ad hoc*.

Como bien ha tenido ocasión de manifestar repetidamente este Consejo, aunque el informe del SIP pueda no ser en puridad preceptivo siempre y en todo caso, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar correctamente 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, muy especialmente cuando dicha atención, por su complejidad, su dificultad o incluso su duración temporal, requiera un estudio o análisis que cabe llamar panorámico o global.

Respecto a la singular trascendencia del informe del SIP en el marco de los procedimientos administrativos tramitados en concepto de responsabilidad

patrimonial de la Administración sanitaria, procede remitirnos a lo manifestado por este Consejo Consultivo de Canarias en su Dictamen 63/2024, de 1 de febrero, cuyo contenido se da por reproducido, y los que en él y otros que se citan por nosotros corrientemente (P. ej., DDCC 41/2024, 53/2024, 63/2024, 105/2024, 163/2024, 189/2024, 226/2024, 358/2024 y 642/2024), en la mayor parte de los cuales se encomia explícitamente la consistencia de sus contenidos y la seguridad que proporcionan a quien ha de pronunciarse o dictaminar sobre su objeto.

Ello, sin embargo, no ha impedido que el propio Consejo reclame, para entender completa y ajustada a las exigencias legales la instrucción del expediente, informes complementarios o adicionales al propio SIP cuando de los que haya emitido no sea posible obtener base suficiente para considerar que la resolución que se dicte cumple las exigencias legales de exhaustividad, motivación y de congruencia con los pedimentos que fundaron la iniciación del expediente. (Vid. el reciente DCC 151/2015, de 10 de abril).

2. Así pues, la constatación de las deficiencias procedimentales comentadas en el apartado anterior impide considerar que el expediente se ha tramitado correctamente y que el Consejo Consultivo pueda analizar y, en última instancia, dictaminar en derecho sobre el fondo del asunto sometido a su consideración.

Es por todo ello que se entiende oportuno retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe complementario del SIP, en el que se contenga un pronunciamiento y una valoración sobre las todas las cuestiones planteadas por el perjudicado en su reclamación de responsabilidad patrimonial, en los términos expresados en los párrafos anteriores.

Una vez ello cumplimentado, y otorgada vista y audiencia al interesado, se podrá formular una nueva Propuesta de Resolución [en la que se habrá de examinar los diferentes argumentos esgrimidos por el perjudicado como fundamento de su reclamación, y valorar los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones -informes evacuados por los diversos servicios médicos actuantes, informes del SIP, etc.- *ex* arts. 35.1, letra h) y 88 LPACAP], y remitirla ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión de su dictamen preceptivo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada en este expediente no se entiende ajustada a Derecho por los motivos y en los concretos términos que se han razonado en el anterior Fundamento IV, y procede acordar la retroacción de las actuaciones para practicar las que se describen precisamente en dicho Fundamento.