Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 2 7 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 23 de julio 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 (...), (...), (...), (...) y (...), por el fallecimiento de su causante, (...), como consecuencia según se alega del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 300/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

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

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva de acuerdo con lo previsto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP), pues, si bien las interesadas no cuantifican la indemnización, la Administración sanitaria considera que de estimarse su reclamación la indemnización que les correspondería sería superior a 60.000,00 euros. Está legitimada para solicitar el Dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo las herederas de la persona fallecida a que se refiere el expediente la condición de interesadas al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

6.1. Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, lo siguiente:

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

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

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

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

En este sentido, la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: "Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como "iure hereditatis", sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte "iure propio", las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en si del bien "vida" sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible "mortis causa" a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales "iure hereditatis".

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

La citada doctrina jurisprudencial, que el Consejo ha hecho suya, resulta aplicable al presente asunto, de modo que las reclamantes, esposa e hijas del fallecido, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 22 de diciembre de 2021, antes de cumplirse un año desde el fallecimiento del causante de las reclamantes, el 25 de diciembre de 2020.

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

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, las reclamantes, en síntesis, formulan la siguiente relación de hechos:

- En abril de 2020 el causante de las interesadas acudió al Centro de Salud de Puerto del Rosario por un fuerte dolor de estómago y por estar sufriendo malas digestiones y problemas para tragar. Después de diagnosticarle esofagitis y disfagia y descartar que padeciera COVID-19, sin haberle efectuado prueba alguna de carácter digestivo, se le dio el alta médica.

- Posteriormente, el día 22 de diciembre de 2020, el paciente volvió de nuevo a dicho Centro de Salud por padecer fuertes dolores de estómago, fiebre, diarrea y allí se le diagnosticó gastroenteritis infecciosa, se le recetaron antibióticos y sin tampoco efectuarle ninguna prueba diagnóstica se le dio el alta médica.

- Al día siguiente, ante un empeoramiento del estado del paciente, sus familiares decidieron llevarlo al Hospital General de Fuerteventura y, tras una primera exploración, se les comunicó que la gastroenteritis que el paciente padecía se le había extendido, pasando a la sangre, y que tenía los riñones parados.

El día 24 de diciembre de 2020, después de realizarle una ecografía se le diagnosticó colecistitis litiásica y los doctores comunicaron al paciente y familiares que era necesario llevar a cabo una intervención quirúrgica de la vesícula biliar con alto riesgo y urgencia.

Sin embargo, ante el empeoramiento del paciente, estando ya ingresado en planta, el día 25 de diciembre de 2021, los doctores informaron que no era posible practicarle al afectado la intervención quirúrgica ya mencionada a causa de su mal estado y que lo único que podía hacerse era sedarlo para que no sufriera. Ese mismo día a las 10:30 horas el paciente falleció.

- Las interesadas consideran que la muerte de su padre y esposo se debe exclusivamente a un deficiente funcionamiento del SCS, *mala praxis* médica que se concreta en el tratamiento y diagnosis inadecuada del paciente, pues de haber realizado una ecografía abdominal el día 22 de diciembre de 2020 se le habría logrado diagnosticar a tiempo la colecistitis aguda que padecía, lo que habría permitido intervenirle a tiempo y evitar con toda seguridad su fallecimiento, motivo por el que reclaman la correspondiente indemnización.

2. También en cuanto a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 25 de octubre de 2024:

«1.- Se trata de un varón de 86 años al momento de su fallecimiento, nacido el 10/10/1934.

2.- Paciente pluripatológico con antecedentes médicos de: hipertensión arterial (desde 2003), diabetes mellitus tipo 2 (2009), obesidad grado I (2013), enfisema pulmonar pecha de polimialgia reumática (2016), cáncer de vejiga (2018) tratado con quimioterapia local (mitomicina) y resección transuretral y en seguimiento por urología, diverticulosis (2017) y pólipos intestinales (2017), enfermedad renal crónica estadio 3 (2019).

Asimismo, estaba en seguimiento por dermatología desde 2002 por daño actínico, carcinomas basocelulares y carcinoma escamoso. Se registran antecedentes quirúrgicos de prostatectomía (a los 65 años) por adenoma de próstata y herniorrafía (2012) por hernia inguinal.

3.- Según consta en la historia de Atención Primaria, el 8/06/2009 y el 22/06/2009, el paciente fue valorado por el servicio de geriatría. En ese contexto, se documenta un componente de neuroticismo, con múltiples quejas: cervicalgia, dolor en los pies, gases y malestar estomacal. Desde el fallecimiento de su hermano, se había enclaustrado. En la visita geriátrica del 21/06/2016, se continúa la sospecha de somatizaciones con una base depresiva y ansiosa, presentes desde el fallecimiento de su hermano. El paciente estaba en tratamiento antidepresivo (sertralina 100 mg/día), que figura entre los fármacos prescritos por su médico de Atención Primaria desde 2013, y seguía prescrito en el año 2020, cuando acudió al Servicio de Urgencias hospitalario.

4.- En cuanto a sus antecedentes digestivos:

• El 22/01/2010 consulta en Atención Primaria por dolor abdominal de dos días de evolución, con un episodio de diarrea asociado. Se sospecha de diverticulitis. Acude al Servicio de Urgencias hospitalario el mismo día por el mismo motivo (dolor abdominal inespecífico), tratándose favorablemente con enemas y antibioticoterapia.

• En mayo de 2017, desde Atención Primaria se solicita colonoscopia debido a urgencia defecatoria, incontinencia fecal y pérdida de peso, asociado a una prueba de sangre oculta en heces positiva. La colonoscopia, realizada el 18/05/2017, diagnostica hemorroides internas y externas, pólipos colónicos y diverticulosis incipiente.

• La primera cita con el servicio de digestivo se realiza el 4/07/2019 por incontinencia fecal, la cual el paciente refiere estar presente desde la colonoscopia de 2017 (prueba que realmente se había solicitado por el mismo motivo: incontinencia fecal). El paciente reporta incontinencia fecal asociada a deposiciones líquidas, sin dolor abdominal. La familia

relaciona su pérdida de peso con el aumento de actividad física. La exploración abdominal es normal. Se describe una colonoscopia con múltiples pólipos y orificios diverticulares aislados. Diagnóstico de sospecha: diverticulosis. Se inicia tratamiento con rifaximina (antibiótico intestinal utilizado para tratar la diverticulosis) y se solicita test de sangre oculta en heces.

El 12/09/2019 acude a una cita de seguimiento con el servicio de digestivo. El paciente refiere "digestiones lentas e hipo desde hace unos días que cede con agua", con deposiciones diarias de mayor consistencia, lo que indica mejoría clínica. Se mantiene la sospecha diagnóstica de diverticulosis.

5.- En cuanto a sus antecedentes urológicos, el paciente estaba en seguimiento desde 2017 por neoplasia de vejiga, con última cita el 28/05/2020. En dicha consulta, el paciente niega hematuria u otra sintomatología.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax-abdomen-pelvis el 20/10/2017, en la que se describe un hígado de tamaño y morfología conservados, sin alteraciones significativas. No consta descripción de litiasis ni alteraciones en la vesícula biliar. Se menciona una leve dilatación aneurismática de la aorta abdominal distal de 3,1 cm.

En la ecografía del aparato urinario del 10/09/2019 se observa incidentalmente colelitiasis múltiple, sin signos de colecistitis aguda. Se realiza una nueva ecografía del aparato urinario de control el 3/10/2020 en la que no se detecta líquido libre en la zona explorada (es decir en abdomen y pelvis). No se menciona la colelitiasis previamente hallada de manera incidental.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- Según consta en la historia de Atención Primaria (AP), el Servicio de Urgencias Canaria (SUC) envía un informe a AP el día 17 de abril a las 19:30, con los siguientes datos: "fiebre desde ayer, hoy con 40 °C." Se activa la ambulancia con observación de posible COVID-19 y fiebre superior a 39 °C, que no remite con paracetamol, lo que motiva el traslado del paciente al hospital

2.- Acceso al Servicio de Urgencias (SU) del Hospital General de Fuerteventura el día 17 de abril de 2020 a las 20:34 por malestar, fiebre y vómitos desde el día anterior; niega dolor u otra sintomatología acompañante. A nivel abdominal, se explora un abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal, sin masas ni visceromegalia, con ruidos hidroaéreos normales. Se describe exploración física sin hallazgos relevantes y una analítica con una Proteína C Reactiva de 10 mg/dL, leucograma, bioquímica y orina sin alteraciones significativas. Se le administra paracetamol, antiemético y gastroprotector. El paciente refiere encontrarse mejor y tolera vía oral. Se decide alta con normas de evolución y diagnóstico al alta de síndrome febril.

3.- Acceso al SU hospitalario el día 18 de abril de 2020 a las 6:47 horas de la mañana, reconsulta por continuar con vómitos en un cuadro caracterizado por fiebre, vómitos y

diarreas de menos de 48 horas de evolución. SIN dolor abdominal ni síntomas respiratorios. A su llegada, se explora un abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalia, con ruidos hidroaéreos normales. Paciente consciente y orientado. Se describe que impresiona hidratado, con estabilidad hemodinámica. Se solicitan pruebas complementarias: analítica general, radiografía abdominal y de tórax.

Se ingresa en observación.

La analítica muestra "neutrofilia relativa, descompensación hiperglucémica leve, no cetoacídotica (glucemia de 212 mg/dL). Lactato normal. Proteína C reactiva elevada en rango no bacteriano. Procalcitonina negativa". Es decir que no hay datos de septicemia y probablemente se trate de un cuadro inflamatorio/infeccioso sin criterios de gravedad.

Durante el ingreso en observación no refiere náuseas, vómitos ni diarreas. Se inicia tolerancia por vía oral en el almuerzo y la merienda, con buena tolerancia.

A las 18:00 horas, manifiesta a enfermería tener molestias abdominales, refiriendo que tiene muchos gases.

A las 18:21, presenta sensación disneica por distensión abdominal: timpanismo abdominal con ruidos (hallazgo compatible con la presencia de gases abdominales) y borborigmos presentes. Saturación de oxígeno al 94 %. Se administra oxigenoterapia con 2 litros de oxígeno en gafas nasales. La radiografía de tórax es negativa (sin condensación, derrame o neumotórax); la radiografía de abdomen muestra abundantes gases, sin niveles ni signos oclusivos.

Se da alta el mismo día a las 20:00 horas, tras comprobar evolución favorable, con diagnóstico de gastroenteritis aguda (GEA). En urgencias, ha recibido sueroterapia y antibioticoterapia. Al alta, se recomienda dieta astringente y abundantes líquidos por vía oral. A instancia de la dirección médica y por la comorbilidad del paciente, se han recogido muestras para descartar infección por SARS-CoV-2. Se pauta antibioticoterapia (ciprofloxacino durante 5 días y probiótico).

Se aconseja seguimiento por el médico de AP y acudir nuevamente al Servicio de Urgencias en caso de empeoramiento.

4.- El día 20 de abril de 2020, su médico de AP realiza una consulta telefónica con el hijo del paciente, quien informa de los hechos (valorado en urgencias los días 17 y 18, diagnóstico de GEA, pauta de antibiótico y probiótico). El hijo refiere que continúa con fiebre hasta 39 °C y deposiciones diarreicas, pero ya no presenta episodios de vómitos. Se aconseja acudir nuevamente al servicio de urgencias del HGF en caso de no remitir la fiebre. Se programa una cita telefónica para el día siguiente.

5.- El mismo día, 20 de abril, el personal de enfermería del grupo gestor de casos de COVID- 19 (en seguimiento, dado que se trata de un paciente con sospecha de enfermedad causada por el coronavirus) recuerda que, en caso de agravamiento, deberá contactar con el 112. No consta que el paciente haya acudido al Servicio de Urgencias Hospitalario.

6.- En la cita telefónica con el médico de AP el día 21 de abril, el hijo refiere mejoría desde el día anterior; la última vez que estuvo febril fue al mediodía del día anterior (37.5 °C), después se ha mantenido afebril, sin episodios de vómitos ni diarreas. Comunica negatividad de la prueba COVID-19.

7.- En la misma línea, enfermería describe el día 27 de abril de 2020 que habla con el paciente, quien refiere que no ha presentado fiebre desde el día 22 y que se encuentra mejor.

8.- Posteriormente a los hechos, el paciente consulta Atención Primaria por motivos distintos a los que causaron los accesos al SU hospitalario:

• El 30 de abril de 2020, consulta por balanitis (inflamación del glande).

• El 7 de junio de 2020, consulta por una herida en el brazo izquierdo tras una caída, inicialmente curada en casa por sus familiares porque el paciente se negaba a acudir a consulta para curas locales. Su médico recoge que acude diariamente a un C. y trabaja con animales, y que niega fiebre y síntomas sistémicos. Se prescribe cobertura antibiótica con un antibiótico de amplio espectro (amoxicilina-ácido clavulánico) por sus antecedentes de diabetes. Se limpia y cura la herida, dándose cita de seguimiento con enfermería y médico de familia.

• Siguen varias citas con enfermería por curas locales de la herida (9, 12, 16, 19, 23 de junio) con evolución favorable.

• El 10 de junio de 2020, acude a consulta con su médico de AP, acompañado por su hija. Se solicita analítica general, realizada el 10 de julio de 2020, la cual indica normalidad de la función hepática, leucocitos y hemoglobina normales, es decir, sin indicios de un cuadro infeccioso activo ni de una alteración hepática.

• El 2 de julio de 2020, acude por balanitis y picor en el glande.

• El 9 de julio de 2020 consta que está pendiente de cita por urología, mejorando sintomáticamente tras el tratamiento instaurado por la balanitis; se explora la ausencia de adenopatías inguinales y mejoría de las lesiones a nivel genital. Se establece un plan de actuación: "no precisa tratamiento".

• Control con enfermería el 10 de julio de 2020.

• El 14 de julio de 2020, cita telefónica de su médico de AP con la hija, se le informa de los resultados de las pruebas realizadas (retinografía, analítica y electrocardiograma).

• Los días 17, 18, 20, 21, 30 de julio y 3 de agosto, acude con enfermería por herida abierta de antebrazo, sin complicación, recibiendo curas locales por enfermería con evolución favorable.

• El 24 de julio de 2020, acude para recetas y se deriva a oftalmología.

• En agosto, acude con enfermería para curas de lesiones derivadas de una intervención dermatológica.

• El 10 de agosto de 2020, acude al SU del centro de salud por molestias al tragar, tanto para líquidos como para sólidos, sin acompañarse de dolor, solo de una sensación de presión. Se prescribe gastroprotector (omeprazol 20 mg cada 12 horas durante 7 días) y se diagnostica de esofagitis.

• El 19 de agosto de 2020, comunica a enfermería dificultad para tragar, "le sucede algunas veces, él dice que son gases".

• Cita el 26 de agosto de 2020 con su médico de AP: refiere que estuvo unos días con dificultad para que le bajara la comida, que le duró 5 días y que se le quitó . Comenta que a veces presenta acidez según lo que coma. Niega pérdida de peso. Se diagnostica de disfagia. Se escribe que el paciente está pendiente de cita con digestivo, programada para diciembre de 2020, derivado desde urología por incontinencia fecal, y que tiene pautado tratamiento con rifaximina y se le realizó polipectomía endoscópica en 2017.

Se explora al paciente: eupneico, consciente, orientado, tolera decúbito, con crepitantes bibasales a nivel pulmonar, abdomen blando y depresible, sin palparse masas ni megalias, sin defensa. Se solicita radiografía de tórax.

• En agosto sigue acudiendo a enfermería para curas de heridas postquirúrgicas en el miembro superior. Se da de alta de las curas con enfermería el 9 de septiembre de 2020 por evolución favorable.

• Cita telefónica el 9 de octubre de 2020 con su médico de Atención Primaria. Responde el hijo, quien refiere que el paciente tiene disfagia por épocas. Se informa que la radiografía de tórax está pendiente de ser informada.

• El 27 de octubre de 2020 su médico de AP realiza otra consulta telefónica, contesta el hijo, se le informa que la radiografía de tórax, consultada con el servicio de radiología, no muestra hallazgos patológicos. Se constata que sigue en espera de cita con el servicio de digestivo desde hace un año. Se recomienda acudir al SAU (Servicio de Atención al Usuario) para solicitar cita de seguimiento en digestivo.

• En Atención Primaria no constan más visitas hasta el día 22 de diciembre de 2020. Tampoco se registran accesos al Servicio de Urgencias hospitalario posteriormente a abril de 2020.

9.- Por la tarde del 22 de diciembre de 2020, acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud por fiebre desde el mismo día, acompañada de deposiciones diarreicas líquidas y vómitos que han comenzado el mismo día. Se registra una temperatura corporal de 38,5 °C, test de antígeno SARS-CoV-2 negativo, mucosas secas y normocoloreadas, piel fría, tensión arterial elevada (160/90 mmHg), abdomen semiglobuloso con ruidos hidroaéreos presentes, ligeramente aumentados.

Diagnóstico: Gastroenteritis aguda infecciosa.

Se administra sueroterapia, se recomienda dieta astringente, líquidos y seguimiento por su médico de Atención Primaria.

10. Por la mañana del 23 de diciembre de 2020, a las 9:28 h, el paciente consulta al Servicio de Urgencias del HGF. Según el triaje realizado a las 9:28 acude por vómitos con fiebre que iniciaron el día anterior, acompañados de dolor abdominal y dificultad respiratoria desde el mismo día (23/12).

En plena pandemia de COVID-19, debido a la fiebre y la dificultad respiratoria referida, el paciente es trasladado a la zona de aislamiento respiratorio.

En la historia clínica consta que, cuando había acudido al Centro de Salud el día anterior, le habían pautado metronidazol, el cual ha tomado durante dos días (aunque el familiar refiere que no sabe si ha sido efectivo, ya que lo ha vomitado).

En la primera exploración física general, registrada a las 10:39 h del 23/12, el paciente presenta ligera deshidratación, normocoloreado, y se encuentra dolorido. A nivel abdominal, se explora: dolor difuso a la palpación, con molestias en el hipogastrio (zona suprapúbica), sin palpar globo vesical. La exploración cardiopulmonar es anodina.

Cuando ingresa se realiza una analítica general y gasometría venosa, dada la dificultad respiratoria descrita al ingreso.

11.- A las 13:08 del 23 de diciembre, el facultativo registra que le sugiere un cuadro gastrointestinal; no se observa defensa abdominal al tocarlo, y el dolor es difuso.

Se retira el aislamiento respiratorio al objetivar un proceso abdominal y, a las 13:30 se ingresa en observación por cuadro de deshidratación y gastroenteritis aguda, recogiendo muestras para coprocultivo, urocultivo y hemocultivo.

12.- A las 14:30 se procede a la infusión de hidratación intravenosa. Constantes vitales antes de iniciar la sueroterapia: TA 91/54 mmHg (hipotensión, compatible con su deshidratación), FC 82 lpm, saturación de oxígeno 96%, afebril.

13.- A las 14:35, el facultativo describe en la exploración un abdomen depresible, con dolor difuso a la palpación, sin defensa ni peritonismo, y sin masas o megalias palpables. En la analítica se observa un empeoramiento de la funcionalidad renal y elevación de los índices de infección, pendientes los resultados de coprocultivo, urocultivo y hemocultivo. La

radiografía de tórax no muestra patología aguda. El juicio diagnóstico es gastroenteritis aguda, sepsis e insuficiencia renal prerrenal.

Se inicia hidratación y antibioterapia (cefotaxima), pendientes de evolución.

14.- Durante la tarde, el paciente presenta dolor abdominal, náuseas y dos deposiciones diarreicas, siendo tratado con paracetamol, ondansetron y tramadol, con alivio del dolor.

15.- A las 19:44, el médico describe estabilidad hemodinámica.

16.- En la observación de las 20:52 del 23/12, enfermería describe que el paciente presenta dolor en la parte baja del abdomen, y se administran varias veces medicamentos para el dolor y las náuseas. En consonancia, a las 21:26, el médico describe al paciente con náuseas y dolor abdominal difuso, pero más localizado en la región del hipogastrio.

17.- El día siguiente, 24/12/2020, en la nota del facultativo de las 7:07, se describe que el paciente mantiene dolor abdominal, con aparición de equimosis en la pared abdominal a nivel del flanco hipocondrio derecho.

Se registran tres deposiciones blandas sin productos patológicos desde el ingreso en la sala de observación, con náuseas y un vómito escaso con restos de sangre roja.

El abdomen es doloroso, depresible, sin defensa. Se registra que el paciente permanece estable hemodinámicamente, con diuresis de 160 cc desde su ingreso. Se solicita una ecografía abdominal urgente, motivada por "sepsis de origen abdominal, con vómitos y dolor mantenido, insuficiencia renal aguda asociada y dolor más localizado hoy en el hipocondrio y flanco derecho, con elevación de PCR, procalcitonina y transaminasas". La hija informa de antecedentes de aneurisma aórtico abdominal, y se palpan pulsos periféricos presentes y simétricos.

En la analítica de control se muestra un empeoramiento analítico, con elevación de procalcitonina y transaminasas. Se describe como una sepsis grave y se informa a la hija.

En la misma línea, a las 9:39 h, enfermería registra que el paciente presenta abdomen molesto en el flanco derecho, con equimosis lateral. Pendiente de ecografía abdominal.

18.- Según la ecografía abdomino-pélvica del 24/12/2020, informada a las 10:19 se describen hallazgos compatibles con colecistitis litiásica, coexistiendo con prominencia de vías biliares intrahepáticas, coledocoectasia e imagen sugestiva de microcoledocolitiasis.

19.- A las 10:46 h, el facultativo de urgencias realiza interconsulta a cirugía por colecistitis aguda. Es valorado por cirugía, con respuesta a la interconsulta registrada a las 11:42 horas, en la que consta: "sepsis de punto de partida abdominal y colecistitis aguda; se ingresa en cirugía."

20.- Consta petición de ingreso urgente en planta de cirugía a las 11:39 del 24/12/2020. Motivo de ingreso: sepsis de origen abdominal, colecistitis aguda litiásica, insuficiencia renal aguda prerrenal secundaria a deshidratación y sepsis.

21.- A las 15:12 del 24/12/2020, en el evolutivo del servicio de cirugía, se describen muy malas condiciones generales, y se explica a la hija la situación delicada actual del paciente debido a su cuadro infeccioso.

Se plantean a la familiar tres alternativas:

• Cirugía de urgencias, con el elevado riesgo que conllevaría debido a la patología de base del paciente y el cuadro séptico actual, incluso el riesgo de fallecimiento del paciente;

• Drenaje percutáneo guiado por ecografía: colecistostomía, que sería la opción más adecuada para el paciente, ya que sería la menos agresiva;

• Tratamiento conservador con antibioticoterapia y conducta expectante.

Los familiares aceptan la opción de colecistostomía, y, en el caso no fuera exitosa, cirugía de urgencias. Se informa a radiología para intentar programar la intervención para el día siguiente.

22.- Durante la noche entre el 24 y el 25/12, el paciente se muestra agitado, refiere dolor y se le toman constantes vitales: TA 110/80 mmHg, FC 93 lpm. Después de la analgesia, el paciente se queda más tranquilo.

23.- En las notas de enfermería del 25/12/2020, a las 11:01, consta que al inicio del turno el paciente presenta mal estado general, con dificultad respiratoria, TA 90/50 mmHg (hipotenso) e imposible captar saturación. A las 8:05 se avisa a cirugía, y a las 8:10 es valorado por cirugía. Se realiza gasometría y radiografía, sueroterapia, y se administra morfina, Atrovent® y Urbason®.

24.- En la nota clínica del 25/12/2020 a las 9:34 h, se documenta que desde la noche, el paciente presenta un empeoramiento del estado general, con deterioro progresivo de la conciencia, disnea, condiciones generales muy malas, hipotensión y obnubilación. Se auscultan roncus en los pulmones y se observa abdomen dolorido a nivel difuso.

En la nota del médico cirujano a las 9:44 h, se añade que, dado el deterioro progresivo y el estado de shock séptico del paciente, se decide solicitar interconsulta al Servicio de Medicina Interna. Se explica al hijo del paciente que, ante las condiciones clínicas, la intervención quirúrgica programada (colecistostomía, programada para las 10:00 h según informe de alta) no sería viable. Con el familiar se acuerda no realizar medidas.

25.- La interconsulta a medicina interna fue solicitada a las 8:14 del 25/12/2020 y contestada a las 10:33, donde se describe paciente hipotenso: TA 97/57, afebril, con diuresis de 1000 ml en las últimas 12 horas, normocárdico. Taquipneico a 35 rpm, con tiraje abdominal, mal perfundido, con lividece. Con roncus hasta ambos ápices pulmonares.

Abdomen doloroso a la palpación superficial en epigastrio, con signos de irritación peritoneal. La radiografía de tórax muestra infiltrado intersticial bilateral a nivel pulmonar.

Diagnóstico: sepsis de origen abdominal en paciente con colecistitis aguda litiásica.

Ante la situación de gravedad del paciente, con sufrimiento por su parte, y de acuerdo con el médico tratante y los familiares (hijo), se decide optimizar el tratamiento de cara a paliar los síntomas.

26.- El exitus se registra a las 10:30 horas.

27.- El hemocultivo recogido el 23/12 e informado el 29/12 muestra crecimiento de Salmonella. De manera similar, el coprocultivo, informado el 30/12, también muestra crecimiento de Salmonella en las heces».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación, efectuada el día 22 de diciembre de 2021 en el ámbito del SCS.

Con fecha 17 de enero de 2022 se dicta Resolución del Director General del SCS número 86/2022 por la que se admite a trámite la reclamación de las interesadas.

2. En el expediente consta el referido informe del SIP y el informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura (folio 295).

Sin embargo, no obran informes de los otros servicios que asistieron al paciente, en particular los que lo hicieron con más frecuencia o intensidad, el Servicio de Digestivo, el Servicio de Cirugía General, el Servicio de Urología y la Gerencia de Atención Primaria, esta última en relación con la asistencia prestada por los Médicos de Atención Primaria. Figuran los documentos, notas clínicas y resultados de diversas pruebas, de imagen y de laboratorio, y los informes de alta del Servicio de Urgencias, de especial relevancia el último de estos, que concluye con la referencia al fallecimiento, pero que no es propiamente el informe sobre la reclamación que origina el expediente, que es el del servicio (o servicios) a cuyo funcionamiento se atribuya la causa del daño.

3. El día 5 de diciembre de 2024 se dicta Acuerdo sobre período probatorio, admitiendo a trámite las declaraciones testificales propuestas por las interesadas.

3.1. La Administración les manifiesta sobre la práctica de las mismas lo siguiente:

«En relación con la testifical de los profesionales sanitarios, al tratarse todos ellos (según señalan) de facultativos, consideramos conveniente que dicha prueba testifical por usted propuesta, se realice por escrito, dada la carga asistencial y con el fin de no distorsionar el funcionamiento los Servicios en donde realizan su actividad. Por ello y a tal fin habrán de remitir el interrogatorio de preguntas que deseen formular a cada uno de ellos», sin que las interesadas remitieran tales escritos».

3.2. Este Consejo Consultivo ya ha señalado en otras ocasiones a la Administración sanitaria, por ejemplo en el reciente Dictamen 221/2025, de 20 de mayo, acerca de que el órgano instructor decida unilateralmente que las declaraciones testificales del personal sanitario del SCS se efectúen por escrito, aduciendo las necesidades o conveniencias del funcionamiento del SCS, lo siguiente:

«Pues bien, a la vista de ello, se ha de decir que en el parecer de este Consejo la decisión -que cabe llamar unilateral- adoptada en este caso y del modo descrito por el instructor, de tomar declaración por escrito a la testigo propuesta, no puede encontrarse amparada, como es debido, en una causa legal que le habilite (al instructor) para practicar en esa forma -no oral- la prueba testifical, ni resulta justificada en el expediente, pues no es en nuestro criterio razón bastante la alegada conveniencia -como ella misma reconoce expresamente- de la Administración sanitaria, es decir, de la propia parte [SCS] o de la propia testigo, que no se sustenta en necesidades concretas y explícitamente detalladas.

En tales condiciones y circunstancias, el Consejo entiende que la práctica por escrito de la testifical resultaría contraria a los mandatos de los arts. 77 y 78 LPACAP y que su falta de práctica es una infracción de dichos preceptos que vicia el expediente y la propia Propuesta de Resolución.

Así, el art. 77.3 permite denegar la práctica de una prueba cuando, por razones intrínsecas a su propia proposición, resulte manifiestamente improcedente o innecesaria. Es claro que tales caracteres no pueden atribuirse a la prueba de que se trata, pues ha sido admitida e incluso ha sido objeto de una certera y explícita -y a nuestro juicio procedente- concreción: se declarará sobre la infección y curación de la herida quirúrgica o, literalmente, de la cicatriz.

Y también es claro que la ley requiere que la negativa o limitación sea motivada, lo que no se cumple sino de modo formal o aparente -a nuestro juicio- en este expediente.

Acaso tales imperfecciones hubieran podido resultar inocuas para la corrección jurídica material del expediente si la reclamante las hubiera aceptado o consentido, pues en tal caso las hubiera terminado por hacer suyas. Pero tal cosa no ha ocurrido, por lo que la anomalía no puede excusarse.

Si por todo ello no cabe entender debidamente cumplido el precepto del art. 77, otro tanto cabe decir de los mandatos del art. 78, que están dirigidos a permitir al interesado en el expediente no ya la proposición misma (77), sino la intervención activa e intensa -tanto como él quiera dentro de la ley, art. 78- en la propia práctica de la prueba. Y no es posible hallar en los acuerdos que constan en el expediente ninguna indicación o advertencia conducente al cumplimiento de las citadas exigencias legales.

La situación en que las circunstancias descritas en los párrafos anteriores colocan a la reclamante le permitirían, con toda probabilidad, impugnar con fundamento la resolución del expediente invocando las garantías legales citadas y además la doctrina jurisprudencial que anuda a su desconocimiento la calificación de indefensión generadora de nulidad radical. Por tanto, no solo para obtener información que permita a la administración, primero, y al Consejo, después, resolver y dictaminar lo que proceda en este expediente, sino también para asegurar la pureza del procedimiento, es preciso revertir la situación descrita para garantizar, de forma indudable y efectiva, el derecho de la reclamante a valerse de los medios de prueba que ha propuesto y que, además, han sido admitidos.

La jurisprudencia no es equívoca, sino todo lo contrario, sobre la importancia de las normas probatorias de los arts. 77 y 78 LPACAP.

Aunque es cierto que la mayor parte de las exigencias jurisprudenciales sobre la prueba se han hecho en materia de procedimiento sancionador, también lo es que en dicha doctrina se formulan criterios calificados como de aplicación general sobre la prueba, más rigurosos acaso cuando se trata de sancionar, pero aplicables a la generalidad de los procedimientos administrativos.

Así, p. ej., la STS n.º 1599/2023, de 29 de noviembre de 2023, Sala 3.ª Sección 4.ª, del Tribunal Supremo [Rec., n.º 8445/2021- ECLI: ES:TS:2023:5147]:

«Hechas estas precisiones, debemos ver qué es lo que dicen los indicados artículos 77 y 78 de la Ley 39/2015. Se trata de lo siguiente:

(...)

Sabemos que la Administración adopta sus resoluciones a partir de las diversas situaciones de hecho previstas por las disposiciones que le habilitan para ejercer sus potestades, las que le han conferido las leyes. Es, pues, necesario probarlas si la propia Administración no tiene certeza sobre ellas o si los interesados discuten las que considera constatadas, ya que constituyen el presupuesto imprescindible de la actuación administrativa. Por eso, vemos que el artículo 77 comienza sentando la regla de que tales hechos pueden acreditarse por cualquier medio de prueba admisible en Derecho, remite a la Ley de Enjuiciamiento para su valoración y habla del período de prueba que puede acordar de oficio el instructor o a solicitud del interesado.

No parece discutible el derecho del afectado por un procedimiento sancionador a pedir un período de prueba y a proponer en él los medios probatorios con los que demostrar que no son ciertos en todo o en parte los hechos que se le imputan. Está claro que, una vez abierto, no es ilimitada la facultad de propuesta que implica ese derecho. Ahora bien, es igualmente cierto que el instructor del expediente solamente podrá denegar mediante resolución motivada, de entre las pruebas pedidas, aquellas que sean manifiestamente improcedentes o innecesarias. Así lo dice expresamente el artículo 77.3».

Y concluye su razonamiento el TS con esta proposición, verdaderamente lapidaria:

«Por tanto, el instructor no es el dueño absoluto del procedimiento».

La Sentencia se refiere, a continuación, a los preceptos del art. 78 LPACAP:

«Ahora bien, siendo importante cuanto acabamos de recordar, en este caso lo son más las previsiones del artículo 78 sobre la práctica de la prueba. Concretamente, las de sus apartados 1 y 2. De ellos se desprende que al interesado se le ha debido comunicar con antelación suficiente el comienzo de la realización de las pruebas admitidas y que esa comunicación ha de comprender la indicación del lugar, fecha y hora en que se practicará, así como ha de informarle de que puede nombrar técnicos que le asistan. Una comunicación de la naturaleza de la que contempla este precepto legal no es para mero conocimiento del interesado sino, precisamente, para que pueda personarse en el acto en que se lleva a cabo la prueba. No queda, pues, al parecer del instructor hacer o no esa comunicación, y tampoco hacerla incompleta. De igual modo, no queda a su decisión permitir o no la presencia de aquél, pues en tal hipótesis no tendría sentido la comunicación exigida por la Ley. Además, si no puede estar presente, ¿en qué y cómo sería asistido por los técnicos que puede nombrar?

Los términos en que está concebido el artículo 78 conducen directamente a la conclusión de que contempla la presencia en la prueba del interesado. Y, en especial, en supuestos como el de autos».

En el mismo sentido es posible citar la STS Sala 3.ª, Sección 5.ª, Sentencia de 14 M. 2016, Rec. 2815/2014 - ECLI: ES:TS:2016:1373:

« (...) conviene recordar que, como ha señalado el tribunal Constitucional en SSTC 4/2005 y 308/2005: "el derecho a utilizar los medios de prueba pertinentes para la defensa impide a los órganos judiciales denegar una prueba oportunamente propuesta por las partes, o dejar de practicarla si ésta es admitida, y luego fundar su decisión en la falta de acreditación de los hechos cuya demostración se intentaba obtener con la prueba omitida"; en la misma línea puede apreciarse la doctrina jurisprudencial contenida en nuestras sentencias de 21 de octubre y 4 de noviembre de 2008.

Del mismo modo, nuestra sentencia de 24 de abril de 2007, considera quebrantadas las formas esenciales del juicio, por vulneración del derecho a la prueba, a consecuencia de haberse inadmitido la propuesta mediante una resolución de trámite no suficientemente razonada sobre la apreciación de innecesariedad».

A nuestro juicio, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que la ley y la jurisprudencia tan reiterada como conocida imponen al reclamante la carga de la prueba, salvo supuestos excepcionales, parece razonable entender que las exigencias de dicha carga obligan a que con la misma intensidad y extensión que se aplican a tal carga -que es, como tal, un deber cuyo cumplimiento condiciona el éxito de la pretensión resarcitoria- se juzguen y atiendan las propuestas probatorias de los reclamantes , cuya formulación es un derecho, de raíz constitucional, correlativo al deber de probar.

Y por ello mismo entendemos que no se acomoda a los mandatos legales reprochar, por un lado, la insuficiencia de la prueba -como ocurre en este caso, en que reza así la PR- y por otro lado impedir que la prueba se practique en plenitud de ejercicio de las facultades de los intervinientes en el trance probatorio, sin motivar razonadamente el impedimento o rechazo de la prueba en su manifiesta improcedencia o innecesaridad (si las hubiera) -como también ocurre en este expediente-. Puede ser útil citar también lo que entendió el TS en la misma citada y transcrita STS de 14 de marzo de 2016:

«1º) El referido artículo 24 de la Constitución impide a los órganos jurisdiccionales denegar una prueba oportunamente propuesta y fundar posteriormente su decisión con respecto al fondo del asunto debatido en la ausencia de la acreditación de los hechos cuya precisa demostración se intentaba obtener mediante la actividad probatoria que no se pudo practicar por decisión imputable al Tribunal de instancia».

En el mismo o muy similar sentido se había pronunciado el Tribunal Constitucional [STC 247/2004, de 20 de diciembre, ECLI:ES:TC:2004:247]:

«El examen del motivo de amparo expuesto requiere que recordemos la consolidada doctrina constitucional sobre el derecho a la utilización de los medios de prueba pertinentes para la defensa, recogida de forma sistematizada, más recientemente, entre otras, en las SSTC 133/2003, de 30 de junio, FJ 3, y 165/2004, de 4 de octubre, FJ 3.

Como ya hemos tenido ocasión de poner de relieve en distintas ocasiones, este derecho fundamental presenta íntimas conexiones con otros derechos constitucionalizados en el art. 24 CE. Así, hemos hecho hincapié en sus estrechas relaciones con el derecho a la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE) que, entre sus múltiples vertientes, engloba el derecho a

obtener una resolución razonable, motivada, fundada en Derecho, además de congruente con las pretensiones deducidas por las partes en el seno del proceso, así como con el derecho de defensa (art. 24.2 CE), del que es realmente inseparable. Ha sido justamente esta inescindible conexión la que nos ha permitido afirmar que el contenido esencial del derecho fundamental a utilizar los medios de prueba pertinentes para la defensa se integra por el poder jurídico que se reconoce a quien interviene como litigante en un proceso de provocar la actividad procesal necesaria para lograr la convicción del órgano judicial sobre la existencia o inexistencia de los hechos relevantes para la decisión del conflicto objeto del proceso. Entre los rasgos caracterizadores de este derecho fundamental y de su protección constitucional son esenciales, en lo que aquí interesa, los siguientes:

a) Este derecho es un derecho fundamental de configuración legal, en la delimitación de cuyo contenido constitucionalmente protegido coadyuva de manera activa el legislador, en particular al establecer las normas reguladoras de cada concreto orden jurisdiccional, a cuyas determinaciones habrá de acomodarse el ejercicio de este derecho, de tal modo que, para entenderlo lesionado, será preciso que la prueba no admitida o no practicada se haya solicitado en la forma y momento legalmente establecidos, sin que en ningún caso pueda considerarse menoscabado este derecho cuando la inadmisión de una prueba se haya producido debidamente en aplicación estricta de las normas legales cuya legitimidad constitucional no pueda ponerse en duda.

b) Este derecho no tiene, en todo caso, carácter absoluto o, expresado en otros términos, no faculta para exigir la admisión de todas las pruebas que puedan proponer las partes en el proceso, sino que atribuye únicamente el derecho a la recepción y práctica de aquéllas que sean pertinentes, correspondiendo a los órganos judiciales el examen sobre la legalidad y pertinencia de las pruebas solicitadas, debiendo motivar razonablemente la denegación de las pruebas propuestas, de modo que puede resultar vulnerado este derecho en caso de denegación o inejecución imputables al órgano judicial cuando se inadmiten o inejecutan pruebas relevantes para la resolución final del asunto litigioso sin motivación alguna o mediante una interpretación de la legalidad manifiestamente arbitraria o irrazonable. Por supuesto, una vez admitidas y practicadas las pruebas declaradas pertinentes, a los órganos judiciales les compete también su valoración conforme a las reglas de la lógica y de la sana crítica, según lo alegado y probado, fallando en consecuencia, sin que este Tribunal pueda entrar a valorar las pruebas, sustituyendo a los Jueces y Tribunales en la función exclusiva que les atribuye el art. 117.1 CE».

A las anteriores consideraciones añade luego el TC la que puede resultar pertinente para este expediente:

«En el supuesto examinado, la forma de actuar del órgano judicial choca frontalmente con la doctrina de este Tribunal, pues hemos señalado que el art. 24.2 CE impide a los órganos judiciales denegar una prueba oportunamente propuesta y fundar posteriormente su

decisión en la falta de acreditación de los hechos cuya demostración se intentaba obtener mediante la actividad probatoria que no se pudo practicar (STC 37/2000, de 14 de febrero, FJ 4; también SSTC 19/2001, de 29 de enero, FJ 6; y 73/2001, de 26 de marzo, FJ 4). Y esto es lo que ha ocurrido aquí, pues la Sala dejó sin practicar la prueba que había sido admitida y, posteriormente, en la Sentencia impugnada --como ya se ha apuntado-- afirmó que no hay en las actuaciones datos que acrediten la desviación de poder».

Esta doctrina es aplicable al presente asunto y hace que la referida tramitación procedimental defectuosa haya podido ocasionar indefensión a las interesadas, con los efectos a los que se hará mención posteriormente.

4. Después de ello, se otorgó el trámite de vista y audiencia a las interesadas, sin que presentaran escrito de alegaciones.

5. Por último, el 26 de junio de 2025 se formuló la Propuesta de Resolución sometida a Dictamen.

6. El Consejo advierte que los folios 517 a 619 contienen información clínica que no parece relativa al paciente cuyo óbito origina la reclamación, sino a otro.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración.

2. Pero, antes de pronunciarse sobre ella, el Consejo estima que en el presente asunto, por las razones y preceptos legales expuestos en el punto 3 del anterior Fundamento, es preciso retrotraer las actuaciones para practicar correctamente las pruebas testificales propuestas por las interesadas, es decir, en la forma señalada en el dicho Fundamento anterior de este Dictamen.

3. La retroacción también es precisa para que se obtengan e incorporen al expediente los informes que ordena el art. 81 LPACAP, dado que las patologías que presentó en los últimos tiempos de su vida el causante de las reclamantes fueron atendidas tanto por sus médicos de Atención Primaria, como por los especialistas de Aparato Digestivo y de Urología, que atendieron la persistente o prolongada hematuria y la incontinencia fecal, también persistente, y síntomas adicionales, como los servicios que en el Hospital le atendieron en el Servicio de Urgencias -cuyo

informe, aunque un tanto escueto, sí está en el expediente- y en el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

4. Además, para que este Consejo Consultivo pueda pronunciarse con fundamento acerca de la cuestión de fondo, es necesario que se emita un informe por especialista en la materia, distinto de los actuantes y del SIP, dado que la opinión de este Servicio al respecto ya es conocida, para que se pronuncie sobre la siguiente cuestión:

En este caso, dado que el SCS conocía que, al menos, desde el 10 de septiembre de 2019, el paciente padecía de colelitiasis múltiple se genera la duda acerca de si el día 22 de diciembre o, al menos, al siguiente día se le debió realizar una ecografía abdominal al paciente, aunque fuera meramente para descartar una colecistitis aguda, o si por el contrario, pese a tales antecedentes, no estaba indicada tal prueba para su práctica inmediata. También deberá informar acerca de las consecuencias que en la aparición de las patologías terminales, en especial las relativas a la vesícula biliar, hubiera podido tener la circunstancia, acreditada en los documentos clínicos, la larga espera por la revisión del paciente por los servicios de Digestivo, que el paciente parece haber reclamado en la consulta del 27 de octubre de 2020, en vista de los antecedentes resumidos en el párrafo 5 de las Conclusiones del SIP.

Y también debe pronunciarse el especialista acerca de si el hecho de haber efectuado la ecografía abdominal el día 24 de diciembre, alrededor de las 10:19 horas, constituye una mala praxis médica por ser una prueba realizada de forma tardía, y, en caso de que así se considere, deberá pronunciarse también acerca de la influencia de tal tardanza en el resultado final.

5. Después de todo ello, se otorgará de nuevo el trámite de vista y audiencia a las interesadas y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que se remitirá a este Consejo Consultivo para que sea dictaminada preceptivamente.

6. Es obligado, según los preceptos de la LPACAP (art. 70) y de otras normas legales, que obren en el expediente todos los contenidos que *deban* obrar, pero no otros, mandato en cuyo cumplimiento debe ser escrupulosa la administración pública. Obligados a reseñar lo que se expresa en el Fundamento III, apartado 6, es igualmente obligado formular la anterior observación.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina desfavorablemente la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada, pues en virtud de las razones expuestas en el presente Dictamen procede la retroacción de las actuaciones, a los fines que se indican en el Fundamento IV.