Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 4 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 4 de noviembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 433/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 25 de septiembre de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 1 de octubre de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 765.296,46 euros, esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y 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).

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

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente de 16/2023, de 18 de enero:

««4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por

causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) 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 sí 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"" (...) »».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa del esposo, los hijos y la nieta de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1., letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en

algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también en los Dictámenes 564/2024, de 8 de octubre, 538/2024, de 1 de octubre, 531/2024, de 23 de septiembre y 433/2024, de 18 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

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

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

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

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

7. El procedimiento se inició dentro del plazo de un año, tal y como exige el art. 67.1 LPACAP. En el presente caso, tratándose de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas. En este sentido, la reclamación se presentó el 14 de noviembre de 2021 respecto de un daño que quedó determinado el 22 de noviembre de 2020, fecha del fallecimiento de (...)

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

II

Los reclamantes promueven 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 Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...)

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

«I.- La falta de atención médica adecuada, intencionada, de su médica de Atención Primaria, provocó un resultado dañoso para su paciente.

(...) acudía a su médica de Atención Primaria de Carrizal-Ingenio desde al menos 2008, (...) (la doctora aun teniendo plaza fija en el centro de Atención Primaria de Carrizal-Ingenio, pidió traslado a Telde en 2021).

Desde 2005 le recetaban Pepticum (Anexo 1-1) para la acidez, e Ibuprofeno y Voltarén, aparte de Tramadol, Nolotil, etc., para su lumbalgia y que asimilaron que le irradiaba a pierna derecha (Anexo 1-2). En 2010, cuando la médica le recetó para la menopausia, empezó a sangrar muchísimo y a tener problemas de ovarios, en el año 2011 se resecó un pólipo endometrial y en el año 2012 se operó para quitarse otro pólipo endometrial. El 8 de octubre de 2014 le receta Metformina para Diabetes tipo 2 (Anexo 1-3).

Cuando comenzó a adelgazar, le dijo que era por la pastilla del azúcar. El 3 de abril 2018 le modifica medicación por su problema de acidez (Anexo 1-4).

(...)

II. Una mala praxis médica del Servicio de Oncología del Hospital Insular, provocó un resultado dañoso para la paciente.

El 6 de septiembre 2017 en el Informe de Mamografía, se informa de una lesión nodular tumoral retroareolar izquierda con confirmación histológica de malignidad (Anexo 2).

El Informe clínico de alta del servicio de cirugía general y digestiva, del 16 de octubre 2017 informa de que se realizaron las siguientes pruebas complementarias: ecografías mamarias 25/8/2017 y 6/9/2017, ecografía abdominal 11/9/2017, gammagrafía ósea 7/9/2017, con el Diagnóstico de cáncer de mama izquierda multifocal. Procedimiento: 13/10/2017: mastectomía simple izquierda BGC+colación de expansor. Cirujanos principales: (…), (…), (…) Procedimiento 14/10/2017: hemostasia (Anexo 3).

En las pruebas complementarias no hay ninguna específica de ginecología, ya que en el año 2011 se le resecó un pólipo endometrial y en el año 2012 se operó para quitar otro pólipo endometrial (Anexos 4). Ni tampoco ninguna relacionada con su acidez (la endoscopia alta y la ecoendoscopia son las únicas que detectan la linitis plástica).

El 20 de diciembre 2017 tuvo su primera visita de Oncología, derivada desde patología de mama para tratamiento adyuvante: hormoterapia adyuvante con Exemestano 25mg comprimidos+calcio+vitamina (…). (Anexo 5). Comenzó la medicación.

El Informe clínico de alta del servicio de cirugía general y digestiva, del 13 de julio 2018 informa de la realización de las pruebas complementarias: laboratorio, imagen tórax preoperatorio. Motivo de ingreso: secuelas de mastectomía izquierda.

Procedimiento 12/07/2018: recambio expansor por prótesis. Cirujanos: (…), (…), (…) (Anexo 6).

El seguimiento establecido fu consultas al cirujano (…), y mamografía realizada el 19 de septiembre 2018, con resultado negativo (Anexo 7).

Al menos desde septiembre 2017, no se realiza ningún control ginecológico, obligatorio una vez empieza con tratamiento hormonal con Exemestano. Además, en el cáncer de mama se debe establecer como medida preventiva, la extirpación de los ovarios, sobre todo si existen familiares de primer grado con cáncer de mama y ovario (existen en este caso). Pero no hubo seguimiento ginecológico ni se tomó ninguna medida preventiva. No se actuó según exige la buena praxis sanitaria.

III.

El 10 de septiembre acudió a su médica de cabecera por la acidez gástrica y vómito, y le solicitó cita en Digestivo preferente, y le recetó Ranitidina.

Por la situación de urgencia vital, el 13 de septiembre de 2018 acudió al Centro privado SEMAIC para consulta con el Digestivo. Le mandó una endoscopia alta que se realizó en SEMAIC el 27 de septiembre de 2018 con diagnóstico: neoplasia gástrica. Esofagitis por

retención gástrica. Se recomienda: acudir próximo lunes a las 8:30 h. al Hospital Insular segunda planta módulo 8 Dr. (...) (Anexo 8-1). Pendiente de biopsia. Durante la endoscopia, se le extrajo 200 mm de líquido del estómago.

Acudió el 24 de septiembre 2018 a Urgencias del Centro de Salud Carrizal-Ingenio, por vómitos, pérdida de 8 kilos en un mes y malestar general. Le pusieron suero, y le diagnosticaron gastroenteritis (Anexo 8-2)

El 25 de septiembre de 2018 (...), la médica de Atención Primaria del centro de Salud Carrizal-Ingenio, solicitó cita para el especialista Digestivo del CAE de Telde, una vez que se perdió la anterior cita, obteniendo cita con fecha de diciembre 2018. No se dio ningún papel de cita finalmente ni se acudió.

En el Informe clínico de Urgencias del 28 de septiembre 2018, se informa del motivo de la consulta: náuseas y pirosis. Historia actual: acude por cuadro de varias semanas de pirosis y náuseas, con dolor abdominal difuso, sin alteración del tránsito intestinal ni clínica miccional, afebril. Resumen de pruebas complementarias: analítica adjunta, RX abdomen con heces en marco cólico, sin signos suboclusivos. Diagnóstico principal: dispepsia, masa gástrica en estudio. (Anexo 9).

En el Informe de petición del 1 de octubre 2018, el médico especialista del centro privado SEMAIC y del Hospital Insular, (...), solicita TAC de cuello, tórax, abdomen, pelvis con contraste, en el Servicio Canario de Salud. (Anexo 11).

En el Informe clínico de Urgencias del 4 de octubre 2018, se informa de que el motivo de la consulta fue: diarreico. Historia actual: en estudio digestivo Dr (...) por dolor ab y S constitucional, tto fe iv. Mañana tiene hora con digestivo. Acude hace 24h diarreas sin fiebre ni prod patológicos.cólico abdominal. No vómitos. Evolución y comentarios: paciente en seguimiento por digestivo y CGD pendiente estudio complementario TAC toracoabdominopélvico para filiar síndrome constitucional.

Diagnóstico principal: gastroenetritis aguda. Deshidratación leve. (Anexo 12).

En Endoscopia digestiva alta, de 10 de octubre 2018 se diagnostica: alta sospecha de neoplasia tipo linitis plástica. Biopsias anteriores normal (realizada fuera de hospital). (Anexo 13).

En el Informe TC de tórax, abdomen, pelvis con contraste del 23 de octubre 2018 se da la información clínica siguiente: anemia con endoscopia alta neoplasia con obstrucción de salida. Y la impresión diagnóstica: hallazgos en relación con carcinoma gástrico en región antropilórica estadio IV (T4, N2, M1). (Anexo 14).

En la cita Sucesiva ONC (oncología), del 6 de noviembre 2018, se especifica que: a raíz de pérdida de peso de 20 kg en 4 meses y reflujo gastroesofágico se diagnostica por parte de CGD (cirugía general y digestiva) de adenocarcinoma. (…) 9/10/2018: mucosa gástrica

infiltrada por un carcinoma pobremente cohesivo con células en anillo de sello. TAC 23/10/2018 (Anexo 15).

En Sucesiva ONC de 12 de noviembre 2018, se informa que solicita PICC e inicia Folfox el mismo día. (Anexo 16).

Inicia la quimioterapia para el cáncer de estómago el 14 de noviembre de 2018 (desde el 1 de octubre que fue derivada de lo privado a lo público pasó mes y medio).

(...)

Se dio 11 ciclos de quimioterapia hasta mayo 2019 (no se dio el 10 de abril 2019).

En el Informe ecografía abdominopélvica, del 13 de mayo 2019, se da la Información clínica: rescate quirúrgico fuera de protocolo por adenoca (adenocarcinoma) gástrico con lesión única hepática. (Anexo 18).

En el Informe clínico de alta del servicio de cirugía general y digestiva, de 23 de mayo 2019, se informa de la Historia actual: con los antecedentes descritos que ingresa para cirugía por neoplasia gástrica con muy buena respuesta tras quimioterapia y desaparición de lesión hepática. Pruebas complementarias: ecografía de abdomen 12/11/2018, ecografía abdomino-pélvica el 13/5/2019, endoscopia digestiva alta 10/10/2018, anatomía patológica biopsia el 10/10/2018, TC de tórax/abdomen/pelvis con contraste el 22/1/2019. Motivo de ingreso: cirugía programada. Diagnóstico principal: neoplasia gástrica. Procedimiento 14/05/2019: gastrectomía total laparotómica. Cirujano principal: Dra (…), Dr (...), cirujano ayudante Dra (…). Unidad de cirugía esofagogástrica y obesidad mórbida (unidad A). (Anexo 19).

Si bien se realizó un rescate quirúrgico fuera de protocolo por la buena recepción de la quimioterapia, hay que tener en cuenta que una buena acción no anula otra mala.

Existió una infracción de la lex artis en la asistencia sanitaria proporcionada, cuyo objetivo no es la curación, sino que las actuaciones sean las adecuadas y permitan un diagnóstico y un procedimiento más convenientes y eviten el dolo.

Este Adenocarcinoma gástrico e. IV no se lo diagnosticaron ni en su fase inicial ni en su fase IV, ni durante el cáncer de mama, ni por parte de Atención Primaria ni por parte de Urgencias del Hospital Insular, ni del Servicio de Oncología del Hospital Insular.

Los cánceres de estómago tienden a desarrollarse lentamente en un período de muchos años. En el caso que nos ocupa, se había desarrollado una úlcera sangrante con masa. Y sus síntomas fueron acidez durante años, malestar estomacal irradiado con dolor de espalda, plenitud alimentaria. Y en los últimos meses, pérdida de peso elevada, eructos malolientes, diarrea, y vómitos de líquido debido a la obstrucción de comida, sangre y líquido en el estómago.

Yo, (...), acudí a cita médica con (...), también mi médica de atención primaria, y le realicé todos estos comentarios el 24 de septiembre 2018. Su respuesta fue que en el análisis de septiembre los marcadores tumorales eran negativos. No existe documentación al respecto. No hay constancia. Esta intencionalidad de la médica (...) repercute en la evolución de la enfermedad, con resultado de muerte.

Se debió acudir a la atención privada por la situación de urgencia vital, una mala praxis médica que llevó a la inexistencia de diagnóstico, lo que suponía una pérdida de oportunidad de curación, y de pérdida de vida.

Pero no tuvieron en cuenta su anterior cáncer de mama, ni su historia clínica de operación de un pólipo endometrial. No se realizó ninguna prueba complementaria de prevención del cáncer ginecológico. No se hizo un estudio del cáncer ni su posible relación con el cáncer de mama o una posible metástasis en otras zonas.

Según la cita Sucesiva ONC, de 25 de junio 2019, su oncóloga (...) Llabrés (Oncóloga del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria) se decide stop oxaliplatino (5 meses de tto y PNPG2), se continúa 5Fu, dado que la paciente ha hecho buena respuesta y no ha progresado. Y valida Valido C11 5- Fu c/14 días. (Anexo 20).

En la cita Sucesiva ONC del 15 de octubre 2019, informa que al no haber evidencia de enfermedad decidimos suspender quimioterapia y repetir TAC en dos meses. (Anexo 21).

Como veremos, no hubo remisión.

IV.

El 11 de febrero 2020 acude a Sucesiva ONC donde se informa que acude a control. BEG. Apetito conservado. Muy nerviosa, como siempre. (Anexo 22).

La paciente se quejaba de malestar, de imposibilidad de comer, de falta de fuerza, pero no se le hace ninguna prueba diagnóstica, salvo el TAC del 8/10/2019. Y el Informe mamografía diagnóstica bilateral 4P, de 24 de abril 2020, con resultado negativo (Anexo 23).

La oncóloga (...) la manda al servicio de Psicología de Vecindario y a consulta de Psicología clínica (Anexo 24).

En el Informe TC de tórax abdomen pelvis con contraste, de 28 de abril 2020, se informa de una lesión parauterina derecha de nueva aparición en probable relación con quiste anexial derecho complicado (sangrado), se recomienda valoración por ginecología. Probable colitis a valorar con clínica. (Anexo 25).

Acude a Sucesiva ONC el 26 de mayo 2020, cita telefónica, donde se informa del Plan: TAC para septiembre. IC a gine. (Anexo 26).

La primera visita GIN, se produce el 10 de junio 2020, con el motivo: remitida por dx en TAC de control por ca gástrico de tumoración anexial compleja. EF: GE, vagina y cérvix atofico y se tacta masa al tacto bimanual 2-3 traveses bajo el ombligo.

Diagnóstico de sospecha: T anexial sólida bilaterales sospechosas de MTS de ca gástrico. (Anexo 27).

En la Sucesiva ONC de 15 de junio 2020, recoge que llaman de ginecología: ecoTV se objetivan dos masas anexiales sugestivas de metástasis de ca gástrico, líquido periesplénico, derrame peural. Ca 125:90. Anorexia g2, anhedonia, seguimiento por USM. Plan: iniciamos folfiri 75%. (Anexo 28).

En dicha visita, la oncóloga (...) pregunta a la paciente si no va a revisiones ginecológicas, respondiéndole que no, solo va a la que los médicos le mandan. La oncóloga dice que las de ginecología exageran que no es tan grave. Palabras confirmadas por la paciente antes de fallecer, y por su esposo, (...)

Se inicia la quimioterapia para el cáncer de ovario el 15 de junio de 2020 (se detectó el 28 de abril 2020). El retraso en la actuación médica de la oncóloga demuestra sus anteriores palabras de que las de ginecología exageraban. Esta intencionalidad queda reflejada claramente por el tiempo transcurrido para inicio del tratamiento de un cáncer muy mortal, con resultado dañoso para la paciente. Y queda demostrado la inexistencia de seguimiento ginecológico por una mala praxis del Servicio de Oncología, desde su cáncer de mama. Como se demuestra en la literatura científica, en una mujer posmenopáusica, con evidencia de metástasis abdominales a distancia, representa un Alto Riesgo, y la necesidad de un abordaje quirúrgico oncológico.

(...)

En la cita Sucesiva ONC de 13 de julio 2020, se informa del Plan diagnóstico: confirmo C3. Pedirá cita con psicología de nuevo. Solicitado TC para septiembre. Pendiente de cita con endocrino. (Anexo 29)

En la cita Sucesiva ONC de 27 julio 2020 se informa del Plan diagnóstico: confirmo C4. Pedirá cita con psicología de nuevo. Solicitado TC para septiembre. Pendiente de cita con endocrino. (Anexo 30).

En el Informe clínico de urgencias de 10 de agosto 2020, se informa de lo siguiente: Motivo consulta: fiebre. Antecedentes: a raíz de pérdida de peso de 20 kg en 4 meses y reflujo gastroesofágico se diagnostica por parte de CGD de adenocarcinoma unión cuerpo-antro gástrico células en anillo (...) Próximo ciclo de quimioterapia 11/8/2020.

Diagnóstico principal: neutropenia febril. (Anexo 31).

En el Informe clínico de alta del servicio de oncología, del 12 de agosto 2020, se informa de lo siguiente:

Motivo de ingreso: neutropenia febril.

Diagnóstico principal: Neutropenia febril bajo riesgo (CISNE 1) sin evidencia de foco infeccioso. Hipomagnesemia posiblemente por pérdidas renales secundarias a tubolopatía inducida por tratamiento oncológico. Hipopotasemia leve secundaria a hipomagnesia. Adenocarcinoma gástrico e. IV. Recomendaciones: Debe acudir a CEX oncología el 24/8 (Anexo 32).

En el Informe TAC tórax, abdomen, pelvis con contraste, de 7 de septiembre 2020, se informa de una: Gastrectomía total con un engrosamiento del colon derecho y transverso y del epiplón que han empeorado respecto a las TAC previas por lo que se debe descartar recidiva. Lesión parauterina derecha de nueva aparición, ovalada de 51x46x54 mm de diámetros que ha disminuido de tamaño respecto a la TC previa 51x91x54 mm. (Anexo 33).

Como queda reflejado en la documentación, desde febrero de 2020, la paciente siente malestar, imposibilidad de comer, y cansancio, en sus visitas de seguimiento de oncología, y no le hacen caso, no le hacen ninguna revisión en su cita de 11 febrero 2020. Tras el descubrimiento del cáncer de ovario el 28 de abril 2020, acude a Urgencias del Hospital Insular y deja de darse sesiones de quimio (C4 el 28/07/2020). La oncóloga le pauta, en su cita sucesiva, con la psicóloga, y con el nutricionista. Su comentario de que siempre está muy nerviosa confirma su intencionalidad en su mala praxis de enfocar su empeoramiento a su situación psicológica, y no al avance del cáncer.

En la Sucesiva ONC, de 14 de septiembre 2020, informa de que ante la progresión peritoneal solicito tratamiento con taxol-ranmucirumab inicia 22/9 cito 19/10/2020. (Anexo 34).

En la Sucesiva ONC, de 28 de septiembre 2020, se informa de que: Valido C1D8- Inicia 22/9 cito 19/10/20. (Anexo 35).

La paciente solicitó terminar con la quimioterapia y operarse (se compró un bolso y lo preparó para su operación) – lo que demuestra que su estado psicológico era bueno y quería curarse-. La oncóloga le dijo que no la operaba hasta seguir con la quimioterapia. Sin embargo, la oncóloga no recogió estos comentarios en su Informe, intencionalmente. En este momento, se produjo una pérdida de oportunidad de curación, que terminó con el fallecimiento de la paciente.

En la Sucesiva ONC de 19 de octubre 2020, cita telefónica, informa de que: Ha sido vista por endocrino y le ha pautado batidos. Continua con astenia G1-2 y anorexia G2 como siempre. Valido C2D1 taxol-ranmucirumab. IC a UCP para control de síntomas. No se puso la quimioterapia. (Anexo 36).

En el Informe clínico de Urgencias, de 21 octubre 2020, se informa de Motivo consulta: astenia. Tratamiento: suero. Tratamiento: acudir a CCEE de oncología y Unidad de Cuidados Paliativos el lunes día 26/10/2020. Control por su médico de AP (Anexo 37).

La Primera Visita UCP (Unidad de Cuidados Paliativos), de 26 octubre 2020, de Seguimiento conjunto con ONC. Síntomas: astenia moderada a severa, sarcopenia, anorexia, dolor moderado a severo mixto, s. Ansioso depresivo. Nueva cita 9/11/2020. (Anexo 38).

En la Sucesiva ONC, de 26 de octubre 2020, informa de que hoy tiene primera visita con UCP. La paciente impresiona de cuadro depresivo, además de sd toxico por su enfermedad. Pospongo la quimioterapia hasta control del dolor. (Anexo 39).

Tras el rechazo por parte de la oncóloga de operar a la paciente en el mes de septiembre, el deterioro es rápido según sus visitas a Urgencias, mientras que la oncóloga le sigue pautando para la depresión, cita con el nutricionista en octubre, y cita con Unidad de Cuidados Paliativos para controlar los síntomas exclusivamente.

En la Sucesiva ONC, de 28 octubre 2020, se informa de que: 26/10 acude a control. No se administró QT el 19/10 por MEG. Viene en silla de ruedas con su marido. 28/10 cita telefónica, estuvo en UCP el 26/10 y le pautaron antidepresivos y ajuste de analgesia con mejoría del dolor, pero persiste ánimo muy deprimido con anhedonia. Por el momento no quiere retomar QT. Plan diagnóstico: cita telefónica el 2 de noviembre para ver si quiere continuar con tratamiento. (Anexo 40).

En el Informe clínico de Urgencias, de 30 octubre 2020, se informa del Motivo consulta: astenia. Historia actual: última sesión de Qtx hace 3 semanas. Evolución y comentarios: impresiona de cuadro en relación con progresión enfermedad oncológica (pendiente de decidir el tratamiento), asociado ITU. Dado la situación clínica actual, se decide ingreso en oncología. Diagnóstico principal: infección tracto urinario, astenia moderada-grave en relación con proceso oncológico (Anexo 41).

En el Informe clínico de alta del servicio de Oncología, del 2 de noviembre 2020, se informa de:

Motivo de ingreso: deterioro del estado general

Diagnóstico principal: infección del tracto urinario por klebsiella pneumonae.

Adenocarcinoma gástrico estadio IV (afectación hepática peritoneal, ovárica).

Tratamiento: ciprofloxacino 500 mg

Otras recomendaciones: cita con la Unidad de Cuidados Paliativos como lo tiene previsto.

Se decide alta con antibioterapia y valoración en consultas externas de Oncología Médica para revaloración y reunión familiar para probable seguimiento exclusivo por la Unidad de Cuidados Paliativos. (Anexo 42).

El 4 de noviembre 2020 se le receta por parte de la oncóloga, Duloxetina 60 mg.

Según el prospecto, trata:

- *la depresión*
- *el trastorno de ansiedad generalizada (sensación crónica de ansiedad o nerviosismo)*
- *el dolor neuropático diabético (a menudo descrito como quemazón, dolor punzante, como pinchazos, escozor, o como un calambre eléctrico. Puede haber una pérdida de sensibilidad en el área afectada, o puede ocurrir que al tocar la zona o ponerla en contacto con calor, frío o presión se produzca dolor)*

(…)

En Sucesiva UCP del 9 de noviembre 2020, donde se informa que "acude el esposo y un hijo de la paciente tras hablar con la doctora Llabres que ha suspendido definitivamente el tratamiento de quimioterapia". (Anexo 43).

En Sucesiva UCP del 19 de noviembre 2020, se informa de las visitas realizadas los días 11, 12, 13 y 18 de noviembre. (Anexo 44).

Falleció el 22 de noviembre de 2020. (Anexo 45).

Por tanto, tras la pérdida de oportunidad de curación en septiembre, con la solicitud de operación por parte de la paciente, que es denegada por parte de la oncóloga para que siguiera la quimioterapia, y le pauta un antidepresivo el 2 de noviembre, cuando le hace una llamada telefónica para saber si quiere continuar con la quimioterapia. Se confirma que es cuando acude a Urgencias y es atendida por otros médicos, cuando le observan el deterioro generalizado y le pasan a seguimiento solo con la UCP.

La Medicación para el control de crisis en casa (cuidados paliativos), de la UCP, se inició el 11 de noviembre 2020. Falleció el 22 de noviembre 2020.

El resultado dañoso para la familia no sólo ha sido su óbito, sino también la frustración de ver el sufrimiento de su mala calidad de vida e incomprensión por acudir a atención médica tanto en Atención Primaria como en Urgencias del Hospital Insular y el Servicio de Oncología, y no ser adecuadamente diagnosticada durante muchos años, ni de su cáncer de mama, ni del cáncer de estómago ni en su fase inicial ni en su fase IV –incluso cuando estaba en tratamiento de cáncer de mama-, teniendo que acudir a atención privada, ni del cáncer de ovario.

Estando en un estado deteriorado, las pruebas diagnósticas se hacían 1 a la semana, con lo que ello significaba de sufrir solo bajar las escaleras, hacer el trayecto en coche, acudir al hospital, estar horas esperando, y hacer las pruebas no apropiadas para el diagnóstico.

En Urgencias la situación fue mucho peor. Acudía con pañal, y la dejaban sola esperando en la sala de espera, y le pedían análisis de heces, y ella sola sin fuerza, sin capacidad, tenía que ir al baño que está justo en la sala de espera y que no cierra, y ella sola quitarse el pañal y llevar la muestra. Sin comer, muchas horas, una persona con cáncer en fases avanzadas.

Ya curada del cáncer, según su oncóloga, al terminar la quimioterapia para el cáncer de estómago, tuvo que aguantar comentarios sobre su aptitud psicológica, su estado de ánimo, achacándole a ella su situación física, obligándola a acudir a una cita con la psicóloga del Hospital Insular.

El horroroso dolor sufrido por el cáncer de ovario, que no se previó y se trató tarde, achacándole a la paciente su estado de ánimo y su falta de interés por la quimioterapia, cuando en realidad, era que su deterioro por el cáncer de ovario, no le permitía seguir con la quimioterapia, y aun así, solicitó operarse, y le denegaron su derecho. Y al final, el retraso en la atención por Cuidados Paliativos domiciliarios.

La falta de diagnóstico, mala praxis y la intencionalidad de la actuación del personal médico del Servicio Canario de Salud, son los responsables de la producción de este resultado dañoso, un daño antijurídico que no tendría que haber soportado, habiendo una relación causal entre la defectuosa asistencia sanitaria y la responsabilidad de la Administración. Las actuaciones no se ajustaron a las que según el estado de los conocimientos o de la técnica, eran las científicamente correctas. La actuación sanitaria no ha sido la correcta, conforme a los parámetros de la lex artis ad hoc (reglas de la buena práctica clínica).

(...)

En este caso, se da una clara relación de causalidad, ya que se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención de un resultado fuera el que fuese. No se prestó la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados a su alcance. La actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa, negligente, en el diagnóstico de la enfermedad y en su tratamiento. Hacer multitud de pruebas diagnósticas no significa que se esté actuando correctamente, sino se hacen las pruebas más adecuadas en cada situación y a su debido tiempo, si no se tiene la capacidad de diagnosticar correctamente teniendo en cuenta además los síntomas que observa y escucha de su paciente, y si no se establece un tratamiento adecuado al riesgo vital de la paciente siempre, evitando, el dolo innecesario.

No se puede establecer que ha sido una concatenación de malas praxis e intencionalidad puntuales. El caso de (...) es el ejemplo de lo que ocurre día a día en la atención médica del Servicio Canario de Salud.

Como perjudicados por los daños sufridos por (...), exponemos además los daños psicosociales ocasionados por la pérdida de convivencia de 14,3 años de vida (edad media en España de 82,3 años según el Instituto Nacional de Estadística 17/6/2021).

La falta de apoyo emocional de una esposa, una madre y una abuela. La no posibilidad de vivir actos familiares con su esposo, hijos, y nietos. Por la frustración y el sufrimiento sufrido por la falta de diagnóstico, mala praxis e intencionalidad del personal médico del Servicio Canario de Salud. El estado psicológico provocado por ver la pérdida de calidad de vida, el perjuicio de tantos traslados al Hospital para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas innecesarias como la reconstrucción de mama, la frustración por ser consciente de las malas praxis, de las numerosas citas y pruebas que se podrían haber gestionado mejor y evitar tantos desplazamientos, y tantas idas a Urgencias y el trato sufrido en dichas Urgencias, de ver el deterioro físico no reconocido por la oncóloga, y vivir la muerte muy dolorosa de una esposa, de una madre y una abuela, al sólo contar con 10 días de cuidados paliativos. La necesidad de acudir a terapia o de tomar medicación para sobrellevar los daños sufridos (Anexos 46).

(...)

IV.- La indemnización total que se reclama por medio del presente escrito es de 765.296,46 euros, según la valoración del daño efectuada según Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Cálculo de la indemnización:

Perjuicio personal básico:

-A cada hijo que tenga más de 30 años: 20.000€

20.000 x 3= 60.000 €

-Esposo viudo hasta 15 años: 70.000€

- Esposo viudo por 34 años más de convivencia: 34.000€

Perjuicio personal particular por convivencia:

-A cada hijo que tenga más de 30 años: 30.000 €

30.000 x 2=60.000 €

-A cada nieto conviviente: 7.500€

Perjuicio patrimonial:

-Daño emergente: 400€

-Lucro cesante hija 44 años: 8.200 €

-Lucro cesante hijo 37 años: 8.206 €

-Lucro cesante esposo con 49 años de matrimonio: 14.379 €

-Lucro cesante nieta con 5 años: 2.611,46 €

Perjuicio personal particular por todos los perjudicados:

- Peritaje psicosocial: 500.000€.

Por perjudicados:

-(…): 118.779€ + 100.000€=218.779€

-(…): 58.200€+100.000€=158.200€

-(…): 20.000€+100.000€=120.000€

-(…): 58.206€+100.000€=158.206€

-(…): 10.111,46€+100.000€=110.111,46€

(…) ».

III

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

1.- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 14 de noviembre de 2021.

2.- Con fecha 18 de noviembre de 2021 se requiere a los interesados para que en el plazo de diez días procedan a subsanar y mejorar su reclamación. Dando efectivo cumplimiento a dicho requerimiento mediante escrito de fecha 25 de noviembre de 2021.

3.- Mediante Resolución n.º 4844/2021, de 15 de diciembre, del Secretario General del Servicio Canario de la Salud se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

4.- Con fecha 15 de diciembre de 2021 se requiere al SIP para que, a la vista de la Historia Clínica y del informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, emita informe en el que se concreten los siguientes extremos:

- Lesiones producidas.

- Presunta relación de causalidad entre los hechos alegados por los reclamantes y la actuación del servicio público sanitario.

- Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- Cualquier extremo que, en relación con este tema, considere de interés.

5.- Con fecha 19 de enero de 2022 se remite copia completa de la Historia Clínica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) de (...).

6.- Con fecha 1 de febrero de 2022 se remito Informe del Servicio de Urgencias del CHUIMI.

7.- Con fecha 7 de febrero de 2022 se remite Historia Clínica de Atención Primaria e Informe médico de la Doctora de Atención Primaria a quien se le imputa el daño.

8.- Con fecha 14 de febrero de 2022 se remite Informe del Servicio de Oncología del CHUIMI.

9.- Con fecha 14 de septiembre de 2022 se remite Informe del Servicio de Ginecología del CHUIMI.

10.- Con fechas 17 de julio de 2023 y 6 de marzo de 2024 por los reclamantes se presenta escrito solicitando el impulso del procedimiento.

11.- Con fecha 19 de marzo de 2024 se reitera la solicitud de informe al SIP.

12.- Con fecha 27 de enero de 2025 por el SIP se remite a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la documentación clínica relacionada con la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...).

13.- Con fecha 10 de febrero de 2025 se requiere a los reclamantes por un plazo de cinco días hábiles para que propongan prueba. Requerimiento que fue verificado con fecha 17 de febrero de 2025 proponiendo prueba documental y testifical.

14.- Con fecha 9 de abril de 2025 se dicta Acuerdo Probatorio, en el que se admiten como medios probatorios, las documentales propuestas por el interesado y el Servicio Canario de la Salud, que ya se encuentran incorporadas al expediente, así como la prueba testifical del Dr. (...) propuesta por los reclamantes, a cuyo efecto se les concede un plazo de quince días hábiles para aportar el pliego de preguntas a formularle, con apercibimiento que de no presentarlo se entenderá que desiste de la prueba propuesta.

15.- Con fecha 8 de mayo de 2025 se confiere a los interesados el preceptivo trámite de audiencia, sin que se hayan formulado alegaciones.

16.- Con fecha 22 de septiembre de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

IV

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

2. En el presente supuesto, los interesados solicitan que les sea reconocida una indemnización por la deficiente asistencia sanitaria recibida por (...), consistente en el retraso en el diagnóstico y tratamiento de los diferentes cánceres que padeció -mama, estómago y ovarios- y que, finalmente determinaron su fallecimiento.

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

Y es que, a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se advierte la existencia de omisiones en la tramitación del procedimiento que impiden la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación del informe del SIP sobre las lesiones producidas; la presunta relación de causalidad entre los hechos alegados por los reclamantes y la actuación del servicio público sanitario; la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente; y, cualquier extremo que, en relación con este tema, considere de interés, interesado por el propio órgano instructor con fecha 15 de diciembre de 2021 y reiterado en fecha 19 de marzo de 2024. Documento que, si bien, no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP), esto es, la corrección médica -en términos de adecuación a la *lex artis ad hoc*- de la prestación sanitaria dispensada al paciente.

A mayor abundamiento, resulta necesario destacar la especial significación y relevancia de este informe dentro de la instrucción del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial extracontractual por daños derivados de la prestación sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

A este respecto, hemos de comenzar reiterando que, conforme a nuestra doctrina (véase, Dictamen 41/2024, de 25 de enero), la evacuación de dicho informe, en puridad, no resulta exigible con carácter general en el curso de los procedimientos de responsabilidad extracontractual.

Ahora bien, el informe del SIP ofrece una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia sanitaria prestada, que va más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios médicos implicados en cada caso, y cuya incorporación al expediente -la de estos informes-, sí resulta obligada a tenor de lo dispuesto por el art. 81.1 LPACAP. De esta manera, se franquea la visión inevitablemente parcial que pudiera resultar si son varios los servicios intervinientes en un mismo asunto.

Por otra parte, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer, en su caso, alguno de los informes evacuados por los servicios médicos implicados en la prestación sanitaria al paciente, proporcionando una fundamentación adecuada, completa y consistente en apoyo de la Propuesta de Resolución que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe.

Por lo demás, y como ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en su Dictamen 41/2024, de 25 de enero, *«no han faltado en nuestra práctica consultiva los casos, desde luego, en que nuestro parecer ha podido expresarse sin dificultad prescindiendo del indicado informe del SIP, sea a la vista del rigor y exhaustividad de los informes evacuados por el servicio actuante, la claridad de las circunstancias concurrentes, su escasa complejidad, u otros factores que también podrían estar presentes».*

Ahora bien, fuera de estos supuestos particulares -en los que se habrá de atender a las concretas circunstancias concurrentes en el caso analizado en aras a prescindir o no de la evacuación del informe del SIP-, lo cierto es que, con carácter general, resulta pertinente -a la par que necesaria- la emisión del citado dictamen. Y ello no sólo en atención a su contenido y funcionalidad (centrado en la exposición de los antecedentes médicos y estado de salud del paciente, así como en la descripción/explicación de las dolencias que aquejan a éste; en el análisis de

conjunto -a la luz de la *lex artis ad hoc*- de la actuación médica practicada, y en la formulación de conclusiones relativas a la corrección -o no- del proceder médico -previo examen de la historia clínica y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada al paciente-), sino, además, porque viene a suplir la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, permitiendo a este Organismo consultivo contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta -y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones- (en idéntico sentido nos hemos pronunciado en nuestro Dictamen 53/2024, de 25 de enero).

Examinado el expediente administrativo, en el presente caso se constata la existencia de los Informes de los Servicios de Urgencias, Oncología y Ginecología del CHUIMI, así como el Informe de la Doctora de Atención Primaria que asistió a (...), los cuales no entran a valorar la relación de causalidad entre la asistencia médica dispensada y el fatal desenlace, limitándose a establecer una relación de hechos que ya constan en la propia historia clínica. Además, tampoco responden a todas las cuestiones planteadas por los reclamantes en su solicitud de responsabilidad patrimonial:

- Falta de control y seguimiento por el Servicio de Ginecología desde septiembre de 2017, así como de prevención del cáncer ginecológico.

- Retraso en el diagnóstico de cáncer de estómago a pesar de llevar años con acidez, malestar estomacal irradiado con dolor de espalda, plenitud alimentaria, y, en los últimos meses, pérdida de peso elevada, eructos malolientes, diarrea, y vómitos de líquido.

- Retraso en el inicio del tratamiento de quimioterapia para el cáncer de ovarios.

- Retraso en la asistencia por la Unidad de Cuidados Paliativos domiciliarios.

- El trato deficiente recibido en el Servicio de Urgencias del CHUIMI.

- La denegación del derecho a operarse del cáncer de ovarios.

En consecuencia, a la vista de tales omisiones, se considera necesario solicitar el informe del SIP que deberá pronunciarse claramente sobre los extremos planteados por los reclamantes y la relación de causalidad entre la asistencia y tratamientos recibidos por (...) y su fallecimiento.

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

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

Una vez cumplimentados dichos trámites, y otorgada vista y audiencia a los interesados, se formulará una nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

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