



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de octubre de 2026.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 337/2026 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto y solicitud del dictamen, su carácter preceptivo y normas jurídicas aplicables

La legitimación de la reclamante y de la administración

La formulación tempestiva de la reclamación

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 daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del Dictamen es preceptiva de acuerdo según 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, la interesada reclama una indemnización de 262.965,27 euros.

Está legitimada para solicitar el Dictamen la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

* Ponente: Sr. Pérez Hernández.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada serán de aplicación principal 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 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. 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 del SCS [BOC n.º 4, de 8 de enero de 2015] se delegó en la Secretaría General 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 la reclamante a la que se refiere el expediente la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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 24 de octubre de 2022, en relación con un hecho lesivo que comenzó en 20 de julio de 2017, pero la determinación del alcance de las lesiones que padece la interesada no se produjo hasta el día 3 de junio de 2021, cuando el Servicio de Neurología dependiente del SCS le diagnosticó «*ictus crónico en territorio de ACM izquierda, clínicamente PACI*», como consta en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones. (El Servicio de Neurología, es el Servicio de Neurofisiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, según se deduce del expediente, por ejemplo, páginas 114 y ss.).

II

Los hechos que motivan y se describen en la reclamación

La relación efectuada por el Servicio de Inspección del SCS

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, constan expuestos en el escrito de reclamación de la siguiente manera:

«PRIMERO. - Que en fecha 19 de julio de 2017 mi representada fue llevada de urgencias al centro de Salud de Arguineguín donde fue atendida por (...), donde es diagnosticada con GASTROENTERITIS AGUDA (GEA).

El día 20 de julio de 2017, acude a su Médico de cabecera en el Centro de Salud de Doctoral, con cuadro de mareos y pérdida de conocimiento en su trabajo, diagnosticándosele SINCOPE Y HELICOBACTER PYLORI (H PYLORI).

A efectos acreditativos de las manifestaciones anteriores, se adjunta como documento n.º 1, Historial médico completo de Asistencia Primaria.

Que tras el desvanecimiento de mi mandante que origino la asistencia a los centros de Salud en las fechas referenciadas, mi mandante sufre pérdida de la movilidad y fuerza del brazo derecho.

SEGUNDO. - Que en fecha 15 de abril de 2021 tras la realización de un Resonancia Magnética cerebral mediante secuencias ponderadas en T1, T2 FLAIR difusión, susceptibilidad magnética y T1 tras la administración de gadolinio, se le diagnostica lesión isquémica de cronología tardía crónica en el territorio irrigado por la ACM ipsilateral debido a un Accidente Cerebro Vascular debido a la oclusión de la arteria cerebral media izquierda.

Que derivado de este accidente cerebro vascular no diagnosticado mi mandante ha sufrido perdida en su calidad de vida derivada de la perdida de movilidad y fuerza de su brazo derecho, la cual ha derivado en una incapacidad permanente cuyo porcentaje es de 75%. Se adjunta como documento nº 2 documentación Incapacidad permanente.

Que a día de la fecha se siguen realizando pruebas médicas derivadas de este accidente cerebro vascular que se diagnostica de forma tardía, solicitándose pruebas neurológicas y rehabilitación. Las últimas solicitadas son de fechas 13/09/2022 por el Servicio de cardiología, para la determinación del alcance de dicha lesión isquémica, documento nº 3 que se aporta.

TERCERO. - Se dan los requisitos necesarios para que prospere la responsabilidad patrimonial de la Administración: la actuación en el marco de la sanidad pública (hecho primero); las lesiones (hecho segundo) y la relación de causalidad entre ambas.

La relación de causalidad entre ambas es manifiesta por cuanto mi mandante tras el desvanecimiento sufrido padeció una pérdida de la movilidad y fuerza del brazo derecho, lo que derivó en una incapacidad permanente del 75%, en la actualidad sigue sin haber recuperado la movilidad de dicha extremidad y no se prevé que pueda recuperar más».

2. Además, en el escrito de alegaciones formulado por la representante de la interesada, con ocasión del primer trámite de vista y audiencia que se le concedió, se añadió a lo anterior las siguientes manifestaciones:

«SEGUNDA. SOBRE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD

Del análisis del expediente y de la documentación incorporada, queda acreditado que el daño es real, efectivo, evaluable económicamente e individualizado, y que deriva directamente del funcionamiento anormal del servicio público, sin que concurra fuerza mayor ni culpa del perjudicado que rompa o atenúe el nexo causal, siendo que cuando se le diagnostica el accidente cerebro vascular tardío en el año 2021, no se indica cuando pudo tener lugar el mismo, o si ha habido más de un episodio, es decir que no se le indica o hace referencia a la posibilidad de existiera más de un accidente cerebro vascular que derivase en la pérdida de movilidad».

Así, lo manifestado por la interesada permite considerar que la misma entiende que el hecho lesivo no solo abarca la actuación de los días 19 y 20 de junio de 2017, sino todas la actuaciones médica posterior que se extienden al menos hasta la referida fecha de 3 de junio de 2021, cuando se le diagnostica a la interesada por el servicio actuante y dependiente del SCS *ictus crónico en territorio de ACM izquierda, clínicamente PACI*, calificado en el informe del SIP de diagnóstico final-

Así mismo, en el escrito de alegaciones formulado por la representante de la interesada con ocasión del segundo trámite de vista y audiencia se valoran los daños de la siguiente manera:

«CUANTIFICACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN (CONFORME BAREMO 2017)

Siguiendo un criterio de prudencia legal, se desglosan los conceptos resarcibles:

1. *Perjuicio Personal Básico (Secuelas - Tabla 2.A.2) Atendiendo a la gravedad de la lesión isquémica crónica y el grado de incapacidad reconocido (75%), se asigna una puntuación de 75 puntos. Considerando que la edad de estabilización fue de 55 años (fecha de reconocimiento de la incapacidad):*

◦ *Importe según Baremo: 186.634,92 €.*

2. *Perjuicio Personal Particular (Tabla 2.B)*

Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico: Al superar una sola secuela los 60 puntos, corresponde una indemnización adicional. Siendo prudentes, se reclama el mínimo legal: 19.248,00 €.

3. Perjuicio Personal por Lesiones Temporales (Tabla 3) Se reclama el periodo comprendido entre el error de diagnóstico (2017) y el reconocimiento de la incapacidad (16-11-2020), estimado en 1.095 días.

Perjuicio Moderado (Días de baja impeditiva): 1.095 días x 52,13 €/día = 57.082,35 €.

Por lo que se cuantifica la presente indemnización por responsabilidad civil en la cuantía, s.e.u.o., de 262.965,27€».

3. La interesada solicitó de forma expresa la práctica de pruebas testificales, de los médicos que la atendieron en su Centro de Salud los días 19 y 20 de julio de 2017.

4. En el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS se afirma acerca de los antecedentes de hecho lo siguiente:

«1. (...) con DNI (...) y 51 años de edad en el momento de los hechos reclamados, el día 19 de julio de 2017 fue llevada en ambulancia al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP en adelante) del Centro de Salud de Arguineguín para valoración por haber presentado en el trabajo un cuadro de cefalea, dolor abdominal y deposiciones líquidas. A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable (PA 110/60 mmHg, FC 75 lpm, Glucemia 104 mg/dl). A la exploración física se describía un buen estado general, normohidratada, auscultación cardiopulmonar anodina, abdomen sin hallazgos patológicos y exploración física neurológica sin déficit. Dada la clínica manifestada y la exploración física sin signos ni síntomas de alarma, fue diagnosticada de gastroenteritis aguda para lo que se le indicó tratamiento sintomático y control por su médico de atención primaria (MAP en adelante).

2. Al día siguiente, acudió a consulta de su MAP refiriendo que el día anterior había presentado un cuadro de mareos y pérdida de conocimiento en el trabajo. Se encontraba hemodinámicamente estable (PA 100/60 mmHg, FC 76 lpm) con una exploración física sin hallazgos patológicos. En ese momento, dado el relato de la paciente, su MAP añadió el diagnóstico de síncope y emitió una incapacidad temporal durante cuatro días (20-23 julio). En esa misma consulta se solicitó la prueba de H. pylori (Helicobacter pylori: bacteria que prolifera en la mucosa del estómago pudiendo dañarla y generar síntomas digestivos), que resultó positiva por lo que en la siguiente cita para ver este resultado se le pautó tratamiento.

3. Las siguientes citas que tuvo con su MAP en el año 2017 y hasta el tercer trimestre de 2018 fueron para comprobar la erradicación del H. pylori tras el tratamiento y para renovación de recetas. En este periodo destaca únicamente un proceso de incapacidad

temporal del día 19 de Octubre al día 5 de noviembre por sintomatología digestiva, siendo dada de alta cuando se encontraba asintomática.

4. El día 26 de diciembre de 2018 fue la primera consulta por dolor cervical, por lo que se solicitó para su estudio una radiografía de columna cervical. El día 14 de enero de 2019 se revisó la radiografía realizada describiendo signos degenerativos “pinzamientos y osteofitos en varios niveles de la columna cervical”, recogiendo en ese momento en la historia clínica que había asociado hormigueo en el brazo derecho. Dada la sintomatología descrita y el resultado de la radiografía cervical fue derivada al Servicio de Rehabilitación.

5. A partir de este momento tuvo un seguimiento más estrecho por su MAP con varios episodios a destacar:

5.1. 15 de enero de 2019: se valoró una radiografía del hombro derecho sin alteraciones y se emitió un parte de baja laboral por ese día.

5.2. 18 de enero de 2019: refería parestesias en la mano derecha y cuadro de ansiedad asociado, a la exploración física la fuerza muscular estaba conservada y no se describen alteraciones de la sensibilidad, se emitió incapacidad temporal durante tres días (18-20 enero).

5.3. 21 de enero de 2019: inició nuevo proceso de incapacidad temporal con diagnóstico de estado de ansiedad que finalizó por resolución del INSS. Durante este periodo incapacidad temporal tuvo citas para emisión de partes de confirmación de la baja laboral y seguimiento, destacando las siguientes valoraciones:

- 25 enero: Refería persistencia de parestesias en el miembro superior derecho, asociando desde hacía dos semanas pérdida de fuerza en la mano derecha y parestesias en hemicara derecha. A la exploración física se describía fuerza en miembro superior derecho 4/5 distal (según escala para valorar la fuerza muscular, 4/5: movimiento activo que vence la gravedad y resistencia moderada), con sensibilidad conservada. Dada la aparición de nueva sintomatología se realizó interconsulta al Servicio de Neurología.

- 31 enero: Refería continuar con el cuadro ansioso que había comenzado tras un cambio de su puesto de trabajo por lo que se emitió el parte de confirmación de la baja laboral.

6. Durante el seguimiento por su MAP se realizaron interconsultas a servicios de atención hospitalaria que llevaron a cabo el estudio y seguimiento de la paciente.

6.1. Servicio de Rehabilitación. El día 14 de febrero de 2019 tuvo la primera cita en la que se describe a la exploración física dolor en región escapular derecha, movilidad cervical y de hombros conservada e indolora, parestesias en territorio de C4-C5, pérdida de fuerza en miembro superior derecho 4/5, reflejos simétricos y presentes. Se estableció el diagnóstico de cervicobraquialgia derecha y se solicitó electromiograma (EMG en adelante) del miembro superior derecho. En cita de revisión se valoró el EMG que fue normal por lo que se derivó al CAE de Vecindario para fisioterapia. En septiembre tuvo cita de revisión tras finalizar la

fisioterapia, refería encontrarse igual por lo que se solicitó nuevo EMG y se realizó interconsulta al Servicio de Neurocirugía.

6.2. Servicio de Neurología. El día 13 de mayo de 2019 fue valorada planteando como juicio diagnóstico “Paresia de miembro superior derecho de predominio distal con trastorno sensitivo del mismo y de región peribucal derecha, a valorar lesión isquémica hemisférica izquierda tipo PACI. Sin embargo, características de afectación periférica (hiperreflexia y Hoffman) a valorar afectación cervical (parece más probable)”. Se solicitó RM craneal y cervical para su estudio.

La paciente decidió acudir a valoración en el centro privado (...) dónde se realizó RMN cervical (26/06/2019): “Signos de osteocondrosis intervertebral C4-C5 y C5-C6, obliteración del espacio epidural anterior, estenosis forámenes neurales C4-C5 con compresión de la raíz izquierda de C5, estenosis forámenes neurales C5-C6 y C6-C7 con compresión de raíces foraminales C6 y C7”, y fue valorada por un Traumatólogo privado en el mismo centro quién estableció el diagnóstico de espondilosis y recomendó valoración por Neurocirugía, constando en su historia clínica de atención primaria que concertó cita privada el día 31 de julio, pero no aportó informe de esta valoración.

6.3. Servicio de Neurocirugía. El día 20 de marzo de 2020 fue valorada revisando los informes de la RMN cervical realizada en el centro privado y del EMG. Concluyeron que los resultados de las pruebas complementarias no justificaban el cuadro por lo que solicitaron pruebas complementarias adicionales:

Potenciales evocados (31/03/2021): estudio dentro de la normalidad.

EMG (31/03/2021): normal sin afectación nerviosa periférica ni radicular.

Interconsulta al Servicio de Cirugía Torácica (14/05/2020): Solicitaron de TAC de tórax para descartar síndrome del opérculo torácico (compresión de estructuras neurovasculares a su paso por el cuello y tórax), realizado en noviembre del 2021 con informe normal.

En cita sucesiva en agosto de 2021 se revisaron los resultados de potenciales evocados y EMG normales, además ya se disponía del informe de la RMN cerebral que informaba la presencia de un ictus isquémico, por lo que fue dada de alta al no presentar criterio de cirugía.

7. El día 15 de abril de 2021 acudió a consulta de su MAP con el informe de la RMN cerebral (09/03/2021) “Impresión dx: lesión isquémica de cronología tardía-crónica en el territorio irrigado por la ACM ipsilateral”, por lo que se realizó interconsulta al Servicio de Neurología.

8. El día 3 de junio de 2021 fue valorada por el Servicio de Neurología tras hallazgo en RMN cerebral, comentando la paciente limitaciones en la vida diaria como al usar el cuchillo y tenedor, hacerse la coleta y sostener cosas con la mano derecha. Se estableció el

diagnóstico de ictus crónico en territorio de ACM izquierda, clínicamente PACI (afectación de arteria cerebelosa posteroinferior). Se indicó tratamiento con Adiro, continuar Omeprazol y Simvastatina. Se solicitaron pruebas complementarias y se dio cita sucesiva. En la cita de revisión el día 28 de abril de 2022 se describe como secuela la dishabilidad de la mano derecha, se revisaron las pruebas complementarias como el Doppler TSA (04/08/2021) con ateromatosis leve y el ETT (30/03/2022) normal. Se concluyó que se trataba de un ictus isquémico crónico de origen criptogénico (desconocido o no identificado), se pautaron vitaminas y continuar con el tratamiento prescrito previamente.

9. Las consultas en atención primaria desde este momento fueron discontinuas, la mayoría de las ocasiones consultaba para analíticas de control o renovación de recetas. Ocasionalmente consultó por cervicgia por lo que se realizó radiografía de columna cervical con signos degenerativos y fue derivada al Servicio de Rehabilitación. Acudió a valoración por este servicio en febrero de 2024 comentando en ese momento que el dolor cervical no se irradiaba a miembros superiores, a la exploración física tenía balance articular de columna cervical limitado en últimos grados sin signos de radiculopatía y balance muscular miembro superior izquierdo 4/5 y derecho 3/5, reflejos presentes y simétricos. Se estableció el diagnóstico de cervicgia mecánica crónica, se dejó una tabla de ejercicios domiciliarios y recomendaron actividad física regular, siendo dada de alta por su parte.

10. Actualmente consta en su receta electrónica el tratamiento indicado por el ictus isquémico crónico (Adiro y Simvastatina, esta última la tomaba previamente) y analgesia de primera línea (Paracetamol), sin registro de consultas recientes por parestesias o déficit motor. No tiene citas de control programadas a nivel hospitalario».

III

Principales trámites del expediente de responsabilidad patrimonial

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación, el día 24 de octubre de 2022 en el SCS.

Con fecha 18 de noviembre de 2022 se dicta Resolución de la secretaria General del SCS número 2929/2022, por la que se admite a trámite la reclamación de la interesada.

2. En el expediente consta el informe del SIP, el informe de la doctora que atendió a la interesada el día 19 de julio de 2017 en su Centro de Salud y un informe basado en las notas del doctor que le atendió en el mismo lugar al día siguiente (página 268 del expediente); sin embargo, no consta el informe del Servicio de Urgencias del Área de Salud al que pertenece la interesada, referido en el informe del SIP (al principio del mismo).

Además, tampoco se ha emitido el informe del Servicio de Neurología que atendió a la interesada, que ha de ser el Servicio del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, según se deduce del expediente, como antes se dijo, como tampoco se ha emitido el informe del Servicio de Rehabilitación que la atendió inicialmente, antes incluso de que lo hiciera el referido Servicio de Neurología, sin que haya mención alguna en todo el expediente a la realización de estos informes preceptivos, es decir, a la realización de tales informes por los servicios actuantes en los hechos que motivan la reclamación, tratando las cuestiones planteadas por ella.

Este Consejo Consultivo se ha pronunciado acerca de la omisión de un trámite preceptivo del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial, como es informe del servicio actuante, por ejemplo, en su Dictamen 522/2025, de 12 de diciembre, con cita del anterior DCC 56/200, y ha sostenido que:

«El procedimiento administrativo y, especialmente en este caso, el procedimiento de reclamación patrimonial por lesiones ocasionadas por los órganos de la Administración, es un procedimiento garantista. En este plano garantista se sitúa lo establecido en el art. 10 RPAPRP cuando señala que en todo caso, se solicitará el informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable.

(...) La Doctrina del Consejo de Estado y la de los Consejos Consultivos incluida la de este Órgano establecen claramente tanto el carácter garantista del procedimiento administrativo como la obligatoriedad del informe del servicio.

En este sentido, el Dictamen 2072/1999 del Consejo de Estado emitido en relación a una consulta del Ministerio de Fomento sobre la tramitación de los procedimientos administrativos de responsabilidad patrimonial señala:

“3. Los procedimientos han de instruirse de manera escrupulosa por los órganos administrativos, sin que sea dable suprimir algún trámite, salvo que la norma que los regula permita específicamente hacerlo”.

Para continuar indicando “En la fase de instrucción, el órgano competente debe solicitar los informes que sean preceptivos y los necesarios para resolver (Ley 30/1992, de 26 de noviembre, artículo 82.1), debiéndose emitir en el plazo de diez días, salvo que una disposición o el cumplimiento del resto de los plazos del procedimiento permita o exija otro mayor. (...)

Por informes preceptivos, han de entenderse los obligatorios conforme al ordenamiento jurídico. Por otra parte, han de considerarse informes determinantes del contenido de la resolución los que fijan o permiten fijar su sentido; los que definen el alcance de la

resolución, por utilizar la expresión de la acepción sexta y jurídica del verbo “determinar” contenida en el Diccionario de la Lengua Española. Esta especial incidencia en la resolución, comporta que no todos los informes evacuados en el seno de un procedimiento puedan ser calificados de determinantes, pues no todos ellos, aunque ayuden a formar el juicio de la Administración Pública, tienen la eficacia descrita. Sólo tienen tal carácter los que ilustran a los órganos administrativos de tal manera que les llevan a poder resolver con rigor y certeza en un procedimiento; los que les permiten derechamente formarse un juicio recto sobre el fondo del asunto, de tal suerte que, sin ellos, no cabría hacerlo. (...) .

Sobre los rasgos de esta nueva categoría de informes (preceptivos y no vinculantes, pero sí determinantes del contenido de la resolución) a los que se refiere el citado artículo 42 no es fácil hacer consideraciones en abstracto y resulta preferible acometer, caso por caso, el análisis de las circunstancias concurrentes en cada supuesto.

En términos generales, enfrentado el Consejo de Estado con una consulta que le dirigió el Gobierno precisamente en torno a esta nueva categoría de informes, consideró (Dictamen de 8 de julio de 1999) que por tales había que entender “los que fijan o permiten fijar su sentido; los que definen el alcance de la resolución, por utilizar la expresión de la acepción sexta y jurídica del verbo ‘determinar’ contenida en el Diccionario de la Lengua Española”.

A juicio del Alto Cuerpo Consultivo, “esta especial incidencia en la resolución, comporta que no todos los informes evacuados en el seno de un procedimiento puedan ser calificados de determinantes, pues no todos ellos, aunque ayuden a formar el juicio de la Administración Pública, tienen la eficacia descrita. Sólo tienen tal carácter los que ilustran a los órganos administrativos de tal manera que les llevan a poder resolver con rigor y certeza en un procedimiento; los que les permiten derechamente formarse un juicio recto sobre el fondo del asunto, de tal suerte que, sin ellos, no cabría hacerlo”.

En sintonía con esta premisa, y para el caso de los procedimientos instruidos por el Ministerio de Fomento en los casos de responsabilidad patrimonial de la Administración General del Estado, el Consejo de Estado, reconociendo igualmente la dificultad de emitir juicios en abstracto sobre esta materia, consideró que tenían aquel carácter, y por lo tanto, eficacia interruptiva del plazo para resolver, los informes emitidos “por el servicio administrativo causante del daño o del que dependa la obra o el servicio público que lo causó; el del Consejo de Obras Públicas y Urbanismo y el del Consejo de Estado”. Enumeración que no era exhaustiva, pues el Alto Cuerpo Consultivo reconocía expresamente que “existen o pueden existir otros que tengan tales cualidades, como son, en determinados supuestos, los de la Abogacía del Estado, de la Intervención de la Administración General del Estado (Ley General Presupuestaria, artículo 93.2), los de la Inspección General del Departamento, entre otros”.

Por nuestra parte, consideramos acertada la interpretación que del referido artículo 45.2 de la Ley 30/1992 hace el Consejo de Estado en el dictamen parcialmente transcrito. Y

precisamente el de autos es uno de los supuestos singulares en que la especificidad del papel asignado a la Abogacía del Estado y a la Intervención de la Administración General del Estado, tal como está contemplado en el Real Decreto 610/1999, confiere a sus informes preceptivos la aptitud necesaria para “determinar” el contenido de la resolución final, si entendemos por tal “determinación” la que procede de uno de los elementos clave para conformar la voluntad del órgano decisor.

Consideraciones todas ellas que no impiden, como es natural, que algún o algunos de los informes de hecho emitidos por cualquiera de ambos órganos en un expediente singular incorporen un contenido material que, a posteriori, no sea suficientemente adecuado a la trascendencia que el titular de la potestad reglamentaria quiso darles según el artículo 12 del tan citado Real Decreto 610/1999».

Esta doctrina es aplicable al presente asunto, en la que el Servicio actuante ha emitido un informe, reproducido anteriormente en su totalidad, del todo deficiente al no informar debidamente acerca de las cuestiones planteadas por las interesada acerca de su actuación médica concreta. Además, debe tenerse en cuenta que el informe del SIP tiene un carácter recapitulativo y sistematizador, por lo que en modo alguno puede sustituir al preceptivo informe del servicio sanitario actuante».

Esta doctrina es también enteramente aplicable al presente asunto y en ella se funda la Conclusión de este Dictamen.

3. Posteriormente, se dictó Acuerdo sobre el período probatorio, manifestándose que:

«En relación a la prueba propuesta por la parte reclamante detallada en la consideración cuarta anterior:

- Admitir la documental consistente en el historial e informes médicos obrantes en el Servicio Canario de la Salud así como la pericial propuesta confiriéndole, un plazo de 30 días naturales a contar desde la notificación del presente oficio para su aportación comunicándole asimismo que el historial médico de la reclamante obrante en Atención Primaria y Especializada, se encuentra disponible y accesible en la sede electrónica del Gobierno de Canarias.*

- En relación a la testifical propuesta:*

Inadmitir por innecesaria la testifical de la Dra. (...) toda vez que obra en el expediente administrativo informe médico de dicho facultativo en relación a la asistencia sanitaria prestada.

Inadmitir por innecesaria la testifical de (...) toda vez que obra en el historial médico de la reclamante de Primaria los distintos seguimientos efectuados a la misma, sin perjuicio

de que dicho facultativo se encuentra en comisión de servicios en otra Comunidad Autónoma».

En este caso, consta el informe de la doctora que atendió a la interesada el día 19 de julio de 2017 y un informe basado en las anotaciones del doctor que atendió a la interesada en su parte médico (página 268 del expediente), cuyo contenido permite al Consejo considerar que la inadmisión está debidamente justificada y que no se ha causado indefensión a la interesada.

4. Después de ello, se otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, en dos ocasiones, presentando escrito de alegaciones en ambas.

5. Por último, el 26 de julio de 2026 se formuló la Propuesta de Resolución sometida a Dictamen.

En relación con el informe de la Asesoría Jurídica se señala en la misma Propuesta de Resolución lo siguiente:

«Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, los Servicios Jurídicos emitirán informe preceptivo en materia de responsabilidad patrimonial, únicamente sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente».

IV

Falta de trámites esenciales y de información complementaria

Imposibilidad de emitir pronunciamiento sobre el fondo y de entender cumplida la exigencia de dictamen preceptivo

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

2. En el presente supuesto y tras el examen del contenido del expediente, el Consejo no puede pronunciarse sobre la cuestión de fondo, por carecer de elementos necesarios para ello, pues es obligado que se obtengan e incorporen al expediente los informes que ordena el art. 81 LPACAP: en este caso, se debe emitir u obtener, si ya se ha emitido, el informe del Servicio de Urgencias del Área de Salud que atendió a la interesada, correspondiente a las Urgencias de Atención Primaria; son también preceptivos y se deben emitir los informes de los « (...) *Servicios de Rehabilitación, Neurología, Neurocirugía y Cirugía Torácica* (...) », que realizaron estudios y diversas

pruebas complementarias a la reclamante y participaron en el establecimiento de su diagnóstico final, como se dice en el informe del SIP [páginas 95 a 103].

Sin ellos no puede entenderse cumplido lo dispuesto sobre obtención de informes en el citado art. 81 LPACAP, ni tampoco el precepto de su art. 79, ni podrían satisfacerse debidamente los mandatos de exhaustividad y de congruencia de la resolución final, fijados por el art. 88 de la misma LPACAP.

El Consejo, además, los reclama haciendo uso de las facultades para solicitar información complementaria que le otorga el art. 51 de su Reglamento, aprobado por Decreto 181/2005, de 26 de julio.

3. Después de todo ello, se otorgará nuevo trámite de vista y audiencia a la interesada y podrá emitirse una nueva Propuesta de Resolución que se remitirá a este Consejo para que sea dictaminada preceptivamente.

4. Por último, procede advertir que con la obtención de este Dictamen no se cumplimenta ni satisface la preceptiva intervención del Consejo Consultivo en el procedimiento, pues sólo cuando haya sido practicada su retroacción y sea sometida a este Órgano Consultivo una nueva Propuesta de Resolución se podrá emitir el preceptivo Dictamen sobre el fondo, como ya ha señalado este Consejo al SCS en diversas ocasiones, sin olvidar que en el presente caso no se ha cumplido con un trámite preceptivo del procedimiento, como ya se ha expuesto, sin cuya subsanación pudiera eventualmente quedar viciada la corrección y legalidad del propio expediente y de su resolución.

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 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.