Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de noviembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 619/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 30 de septiembre de 2024 (con registro de entrada en este Organismo el día 3 de octubre de 2024), 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. Ha de advertirse que, si bien el reclamante no cuantifica la indemnización solicitada (ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo), la Administración ha solicitado el presente dictamen, por lo que se ha de presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, superaría los seis mil euros, tal y como hemos interpretado en anteriores ocasiones (*v.gr.,* Dictámenes 361/2015, de 3 de octubre, 43/2019, de 13 de febrero, 155/2019, de 29 de abril o 493/2021, de 14 de octubre).

Esta cuantía determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la facultad 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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. 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 de la Sra. (...) 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 DCC 16/2023, de 18 de enero, y también en los DCC 564, de 8 de octubre, 538, de 1 de octubre, 531, de 23 de septiembre, 433, de 18 de julio, todos ellos del año 2024, enteramente aplicable al caso de este expediente, en que el reclamante es el cónyuge, viudo de la fallecida.

4.2. La legitimación pasiva 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. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 13 de febrero de 2020 habiéndose producido el fallecimiento de (...) el día 13 de febrero de 2019, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

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

II

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

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

«PREVIO.- El pasado día 13 de febrero de 2019 mi cónyuge (...) falleció como consecuencia de una serie de padecimientos sin determinar que la colocaron en una situación de muerte cerebral.

PRIMERO.- (...) ingresó en el Hospital en fecha 9 de febrero de 2019 con unos síntomas que están sobradamente recogidos en su historia clínica, que por obrar en poder de la Administración, damos por reproducida y mostramos nuestro consentimiento expreso para su cotejo.

SEGUNDO.- El día 10 de febrero, la fallecida se encontraba ingresada en el hospital, con un protocolo estricto de fuertes sujeciones en manos y pies. No obstante, se encontraba consciente, despierta y lúcida.

TERCERO.- El día 11 de febrero la paciente sufre un desvanecimiento y es ingresada en la UVI de Cardiología, presentando una embolia pulmonar y un trombo.

CUARTO.- El día 12 de febrero sufre una nueva crisis y de nuevo, un trombo motiva una lesión cerebral grave ante la anoxia continuada del cerebro. La familia es informada de una potencial muerte cerebral.

QUINTO.- El día 13 de febrero se confirma la hipótesis de muerte cerebral y los cardiólogos encargados del servicio recomiendan, ante la ausencia de certeza de la causa de la muerte, la realización de una autopsia a la par que se solicita, por medio de los coordinadores de trasplantes la donación de los órganos.

SEXTO.- Yo firmo los formularios y acepto la realización de la Autopsia y la donación de los órganos, tal como era el deseo estricto de (...)

SÉPTIMO.- Tras entregar las autorizaciones, el hospital nos informa de la posibilidad de retirar el cuerpo, para proceder al velatorio y los trámites funerarios posteriores.

OCTAVO.- Tras la realización de todos los trámites funerarios correspondientes, ante la solicitud de información sobre el resultado de la Autopsia, el Hospital nos confirma que la misma NO SE HA REALIZADO.

Por ello, a título meramente enunciativo y a los efectos de dar inicio a esta reclamación previa, y sin perjuicio de su posterior desarrollo en el seno del expediente administrativo cuya apertura solicitamos, encontramos las siguientes DEFICIENCIAS potencialmente NEGLIGENTES o contrarias a la buena praxis médica:

MUERTE SOBREVENIDA DENTRO DEL HOSPITAL. (...) murió mientras le realizaban pruebas. No se llevó a cabo, o al menos no con la diligencia debida, un cuidado que evitase la muerte de una persona que entró caminando en un hospital del que no pudo salir viva 5 días después.

IMPOSIBILIDAD DE CONOCER LA CAUSA DE LA MUERTE. La familia se ve privada de su Derecho a conocer la causa de la muerte, motivado por el hecho incontrovertible de que por error manifiesto del hospital no se llevó a cabo la autopsia que había sido acordada y para la que la familia había prestado su consentimiento expreso.

DESCONOCIMIENTO DEL DESTINO DE LOS ÓRGANOS. Esta parte desconoce si se ha llevado a cabo la donación de los órganos que fue solicitada. Valorando el error cometido en la gestión de la Autopsia, nos encontramos ante la absoluta duda del tratamiento de las demás autorizaciones. (...) ».

2. En el presente asunto, con la finalidad de efectuar la correcta determinación de los antecedentes de hecho, se debe hacer referencia, igualmente, a lo manifestado en los Informes emitidos por los Servicios concernidos.

a) En el Informe del Servicio de Anatomía Patológica de 31 de agosto de 2020, se expone lo siguiente:

«Le comunico que nuestro servicio no participó en el proceso de indicación ni ejecución de autopsia alguna relacionada con la reclamación formulada por (...).

El servicio de Anatomía Patológica realiza necropsias de interés clínico cuando se solicita dicho estudio en un contexto en que la necropsia puede aportar información

relevante para conocer la causa del fallecimiento y siempre que no sea una autopsia del ámbito forense, en cuyo caso la realiza el Instituto Anatómico Forense (IAF). Del estudio de la historia 2007021541 parece suficientemente documentado que (...) falleció como consecuencia de un tromboembolismo pulmonar (TEP), que causó insuficiencia respiratoria grave y secundariamente muerte encefálica.

En una entrada de la historia clínica, firmada por el colegiado (...), el día 13-2-2019 escribió: "Diagnóstico de muerte encefálica por parte de Neurocirugía. La familia firma el consentimiento informado para transplante y para necropsia". En mi opinión, hubiera sido más correcto solicitar el consentimiento informado para transplante de órganos, como se hizo, y no mezclar el término necropsia, que pudo conducir a confusión a la familia. Las donaciones de órganos para transplante se llevan a cabo en quirófano en condiciones de esterilidad adecuadas para el uso posterior de los órganos. Un procedimiento diferente y no relacionado, en general incompatible con la donación, es la realización de una autopsia, que se lleva a cabo en salas no estériles e incompatibles con la donación de órganos.

En relación con la donación de órganos, el servicio de Anat. Patológica intervino en el control de calidad de las córneas, y de hecho, el único procedimiento que consta en nuestro sistema informático en el que intervino este departamento en la historia 2007021541 fue el número 019045212: evaluación de córneas de donante (adjunto informe).

Aunque no constan documentos de solicitud de la autopsia, parece ser que alguno de los médicos atendiendo a la paciente plantearon a la familia el consentimiento para hacer autopsia. Aunque no recuerdo la conversación, es posible que contactaran conmigo verbalmente para preguntar si podíamos hacer la autopsia en el mismo día ya que la familia quería llevar a cabo el entierro y les contestara que no era posible por las circunstancias en que se hacen las autopsias en nuestro centro:

- como no disponemos de sala de autopsias, tenemos que coordinarnos con el Instituto de Medicina Legal para hacerlas en sus instalaciones, siempre que ellos no necesiten usar la sala en ese momento.

- han de iniciarse antes de las 12hrs, para que dé tiempo a que esté terminada antes de las 15hrs, cuando finaliza la jornada laboral del personal del servicio

- la indicación de autopsia debe ser de suficiente interés clínico como para que un patólogo y un residente dediquen 3hrs de trabajo a su realización y posteriormente unas 5-10 hrs a su estudio y emisión de informe. En la actualidad, con una infradotación de patólogos necesarios para informar biopsias de pacientes ingresados en nuestro centro, la prioridad de las autopsias es lógicamente baja, comparado con informar un caso por el que están esperando para cirugía o dar de alta a un paciente.

- no están indicadas las autopsias de interés forense (documentar posibles hechos que den pie a reclamaciones de familiares, por descontento con el servicio recibido). Los familiares de pacientes fallecidos en nuestro centro deben saber que cuando quieran demandar al hospital por el trato recibido, tienen que iniciar la vía judicial, y la autopsia debe ser realizada por forenses.

En resumen, interpreto el reclamante entendió que el proceso de extracción de órganos para transplante es una autopsia clínica, lo cual no es correcto. Los órganos se extraen en condiciones adecuadas para ser transplantados a receptores y el servicio de Anatomía Patológica no realiza autopsias en donantes de transplante. En Anatomía Patológica solo nos consta nuestra intervención en el control de calidad de las córneas: estudiamos las córneas en condiciones estériles, emitimos informe, y las devolvemos a la Coordinación de Transplantes para su uso por parte de Oftalmología en receptores apropiados que necesiten transplante corneal».

b) En el Informe de la Unidad de Coordinación de Trasplantes de 9 de agosto de 2020, se expone lo siguiente:

«En relación con la evolución clínica de la paciente (...), los compañeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, se ponen en contacto con la Unidad de Coordinación de Trasplantes porque debido a las lesiones provocadas por la anoxia que sufrió la paciente en el contexto de un tromboembolismo pulmonar, la situación clínica está evolucionando hacia la muerte encefálica, algo que finalmente se diagnostica mediante las exploraciones clínicas e instrumentales recogidas en el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, certificando su fallecimiento el día 13 de febrero de 2019.

Tras dicha certificación, (...) y yo mismo, Dr. (...), coordinadores de trasplantes del CHUC, llevamos a cabo junto al Dr. (...), cardiólogo responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, la entrevista para solicitar la autorización para la donación de órganos a lo que tanto el marido como el hijo de (...), acceden. Se comenta tanto por parte del Dr. (...) como del marido de la paciente, que se ha dado consentimiento para la realización de autopsia clínica dado que no estaba claro el por qué se había producido el tromboembolismo pulmonar.

Comento con el marido que me pondré en contacto con Anatomía Patológica para ver si es posible que en el momento de la extracción de los órganos se lleven a cabo los procedimientos que consideren oportunos de cara a dicha autopsia con el fin de que la familia pueda disponer del cadáver a la mayor brevedad posible (el mismo día de la extracción de órganos) y no tener que esperar a que se realice al día siguiente. Así mismo acompaño al marido al mortuorio del hospital para que sepa dónde tiene que venir a recoger el cadáver la funeraria. Hablamos con el responsable del mortuorio para que conozca al marido.

Me pongo en contacto con el Dr. (...) y le comento que se va a llevar a cabo la extracción de órganos de una paciente y que la familia desea que se lleve a cabo la autopsia clínica y le comento los detalles de lo acontecido desde el ingreso en el hospital de dicha paciente. También le comento la posibilidad de llevar a cabo en quirófano dicha autopsia para agilizar los trámites posteriores, de modo que establecemos que una vez que estemos en quirófano y haya finalizado la extracción de los órganos (hígado y riñones, que no interferían con la investigación clínica), contactaremos con él.

Finalizada la extracción de los órganos, (...), enfermero coordinador de trasplantes, contacta con el Dr. (...) para llevar a cabo la autopsia y éste le comunica que está dando clase en la facultad y que no va a ser posible realizarla esa tarde, de modo que (...), lleva a cabo el procedimiento habitual de traslado a mortuorio y posterior trámite por parte de la funeraria.

Al día siguiente cuando el marido pregunta si se ha llevado a cabo la autopsia y el resultado de la misma, se le informa de que dicha autopsia no se ha llevado a cabo, acudiendo a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos a preguntar por qué no se ha hecho la autopsia. El Dr. (...) desconocedor de lo ocurrido contacta con (...) quien le comenta lo ocurrido. El Dr. (...) en vista de lo referido acude a mi para quejarse y preguntar cómo es posible que no se haya hecho la autopsia, dado que él se la pidió a la familia y ésta la autorizó. Yo que desconocía lo ocurrido, pregunto a (...) y me entero de la realidad.

Esa misma mañana, llamo por teléfono al marido de la paciente, (...), porque dado que soy el responsable de la Coordinación de Trasplantes del hospital, considero que debo darle explicaciones de lo ocurrido. Le cuento que se llevó a cabo la extracción de órganos con normalidad (no puedo revelar más información dado que así lo establece el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, le explico que no se pudo realizar la autopsia esa tarde y le pido disculpas por lo ocurrido, insistiendo en que en todo momento la finalidad de (...) era que pudieran disponer del cadáver cuanto antes».

c) Finalmente, el Informe del Servicio de Cardiología de 28 de mayo de 2024, expone lo siguiente:

« (...) 1) (...) falleció el día 13 de febrero de 2019 a las 13:00 horas debido a muerte encefálica (dictaminada por el Servicio de Neurocirugía de nuestro centro) en la Unidad de Cuidados Cardiacos Agudos. La muerte se produjo por encefalopatía anóxica secundaria a parada cardio-respiratoria, la cual fue provocada por un tromboembolismo pulmonar agudo masivo. Estos hechos están claramente expuestos en el informe de éxitos y exponen claramente la causalidad de la muerte de la paciente.

2) El episodio de tromboembolismo pulmonar agudo masivo que sufrió la paciente sobrevino el 11 de febrero de 2019 a las 11:00 horas mientras la misma se encontraba ingresada en el área de Observación de Urgencias destinada a pacientes psiquiátricos y se

manifestó clínicamente en forma de síndrome de parada cardio-respiratoria. Se le realizaron maniobras de resucitación cardio-pulmonar restaurando la circulación espontánea y se llevaron a cabo las investigaciones y exploraciones clínicas para identificar la causa de la parada y diagnosticar la gravedad de la misma. Se procedió al tratamiento oportuno de acuerdo a las directrices de práctica clínica y la "lex artis" para el tratamiento de esta patología.

3) La evolución desfavorable del curso clínico de la paciente condujo al diagnóstico de la existencia de encefalopatía anóxica como consecuencia fatal de la parada cardio-respiratoria y posteriormente de muerte encefálica.

4) Conforme a los protocolos vigentes en nuestro centro de donación de órganos se solicitó valoración a la Unidad de Trasplantes de dicha paciente como candidata a donación de órganos. La Unidad de Trasplante realizó dicha valoración. Se solicitó a su esposo el preceptivo consentimiento para la extracción de órganos y, de forma adicional, dado lo inusual del caso (presencia de tromboembolismo pulmonar en paciente joven) y por razones estrictamente de índole académico, autorización para realizar autopsia posterior e informe anatomo-patológico oportuno. Como se especifica en el informe de éxitos, estas últimas actividades quedaron a cargo y responsabilidad de la Unidad de Trasplantes de nuestro centro».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 13 de febrero de 2020.

- Con fecha 27 de febrero de 2022 se requiere al interesado para que en el plazo de diez días proceda a subsanar la reclamación. Dando efectivo cumplimiento a dicho requerimiento el 18 de marzo de 2020, mediante la presentación de escrito en el que aporta Certificación registral de defunción de (...) y copia del Libro de Familia, así como informa que no se han incoado Diligencias Previas por los mismos hechos.

- Con fecha 27 de abril de 2022 se dicta la Resolución n.º 783/2020 del Director del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

- Con fecha 28 de abril de 2020 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determinen las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad

entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- Con fecha 12 de junio de 2020 se recaba la historia clínica de la paciente (...) obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

- El 31 de agosto de 2020 se emite informe por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

- Con fecha 9 de agosto de 2020 se emite informe por la Unidad de Coordinación de Trasplantes del HUC.

- Con fecha 14 de noviembre de 2023 se dicta Acuerdo sobre Periodo Probatorio, mediante el cual se admite a trámite la prueba documental propuesta por el interesado y se acuerda la apertura del periodo probatorio por treinta días, a fin de que por parte del reclamante se aporte el informe pericial propuesto.

- Con fecha 2 de abril de 2024 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, sin que se hayan formulado alegaciones.

- Con fecha 8 de mayo de 2024 se requiere al HUC para que aporte:

«.- Informe emitido por el Servicio de Cardiología que de respuesta a la cuestión planteada por el reclamante (fallecimiento por deficiente asistencia sanitaria prestada a su esposa), y que no constituya una mera copia de la Historia clínica.

.- Informe acerca de los motivos por los que, a pesar de haber autorizado la realización de autopsia, finalmente no se realizó».

- Con fecha 28 de mayo de 2024 se emite Informe por el Servicio de Cardiología del HUC.

- Con fecha 4 de junio de 2024 se da traslado del anterior Informe al reclamante a fin de que, en el plazo de diez días, aportara las alegaciones que estimara convenientes.

- Con fecha 30 de septiembre de 2024 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 las Administraciones Públicas.

2. 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 constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que impide 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, interesado por el propio órgano instructor con fecha 28 de abril de 2020. 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, y con independencia de si en el caso concreto examinado el órgano instructor hubiera cursado o no la correspondiente petición de informe al SIP, 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 o fragmentaria 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 reciente 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 eventual insuficiencia 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 reciente Dictamen 53/2024, de 25 de enero).

Y, aunque todo lo anterior baste para sustentar la decisión de este Consejo y su expuesta motivación, habrá de recordarse además lo antes dicho acerca de que el propio instructor solicitó, en el año 2020, informe del SIP, sin que conste ni el informe ni la causa de su falta ni referencia alguna a ello en la Propuesta de Resolución.

En consecuencia, se considera necesario solicitar el informe del SIP que deberá pronunciarse claramente sobre las lesiones producidas (tromboembolismo pulmonar múltiple y sus consecuencias) y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como, en su caso la cuantificación de la indemnización que procediera.

3. Por otro lado, con fecha 8 de mayo de 2024 se requirió al HUC para que aportara «*Informe acerca de los motivos por los que, a pesar de haber autorizado la realización de autopsia, finalmente no se realizó*», sin que por parte del HUC se haya dado cumplimiento a tal requerimiento. Considerando que dicha información es esencial para tener todos los elementos de juicio necesarios a los efectos de resolver la cuestión planteada, se debe informar a este Organismo consultivo sobre los motivos por los que, a pesar de haberse solicitado y autorizado la realización de la necropsia, finalmente no se realizó, con indicación de los protocolos existentes para estos supuestos. Asimismo, se debe informar acerca de si, en el presente caso, la práctica de la necropsia era compatible con el procedimiento de donación. Nótese que la Propuesta de Resolución atribuye al reclamante una suerte de malentendido (que la extracción para trasplantes era una autopsia) cuya existencia es imposible a la luz de lo que informan los responsables, entre ellos el Dr. (...), quienes aseguran haber convenido o programado la realización de una autopsia para su práctica coordinada con las del trasplante de órganos, que la familia autorizó -y así lo comentan el cardiólogo Dr. (...) y el marido de la fallecida, que se ha *consentido* en la práctica de la autopsia «*dado que no estaba claro el por qué se había producido el tromboembolismo pulmonar*».

4. Así pues, la constatación de la deficiencia procedimental descrita en los párrafos anteriores 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 este Fundamento IV del presente Dictamen.

Una vez cumplimentado dicho trámite, y otorgada luego vista y audiencia al interesado, se formulará entonces 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

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