Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de diciembre 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. 502/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 13 de noviembre de 2025 (con registro de entrada al día siguiente en este Organismo), 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 sesenta 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 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

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

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).

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):

«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».

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

El exceso sobre el plazo legal es realmente notable y ni se proporciona ni se percibe en el expediente ninguna justificación para la demora con la que se han ido produciendo los sucesivos trámites.

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 que 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:

« (...) 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 éxitus 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 éxitus, 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 admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

- Con fecha 28 de abril de 2022 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), para 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 dé 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, sin que cumplimentara dicho trámite.

- 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.

- Con fecha 6 de noviembre de 2024 por este Consejo Consultivo se emite el Dictamen 642/2024, en el que se acuerda retrotraer el procedimiento a los efectos de que se recabe el informe del SIP y se «*Informe acerca de los motivos por los que, a pesar de haber autorizado la realización de autopsia, finalmente no se realizó*».

- Con fecha 11 de noviembre de 2024 se dio traslado del anterior Dictamen tanto al HUC como al SIP a los efectos de que emitieran los informes correspondientes.

- Con fecha 19 de junio de 2025 se emite informe complementario del SIP en el que se establecen las siguientes conclusiones:

« (...) 1. La asistencia sanitaria prestada a (...) (...) fue clínicamente adecuada, ajustándose a los protocolos vigentes y a la lex artis ad hoc, con diagnóstico oportuno del tromboembolismo pulmonar masivo y aplicación inmediata del tratamiento indicado, incluyendo fibrinólisis dirigida y soporte vital avanzado.

2. El fallecimiento se debió a una complicación grave, aguda y de curso fulminante (TEP masivo), con evolución hacia encefalopatía hipóxico-isquémica, sin que existan elementos que permitan relacionar el desenlace con errores o demoras imputables al sistema sanitario.

3. La no realización de la autopsia clínica, pese al consentimiento familiar, fue consecuencia de un fallo en la coordinación entre los servicios implicados, ya que no se activó formalmente el protocolo de necropsia. No obstante, dicha omisión no afectó al diagnóstico de causa de muerte ni generó indefensión clínica o jurídica, al estar ya esclarecida la etiología mediante pruebas en vida.

4. Desde el punto de vista técnico, la autopsia no era imprescindible, dado que la presentación clínica, los hallazgos radiológicos y la evolución del cuadro eran compatibles con el diagnóstico de TEP masivo y sus complicaciones. La bibliografía científica consultada respalda que, en estos casos, la necropsia carece de valor asistencial o pericial determinante.

5. En consecuencia, no se identifica relación de causalidad directa ni indirecta entre la asistencia sanitaria recibida y el fallecimiento de la paciente. Tampoco se objetiva daño moral o patrimonial derivado de la no realización de la autopsia clínica, más allá del legítimo malestar subjetivo que dicha omisión pudo generar».

- Con fecha 19 de agosto de 2025 se confirió trámite de audiencia al reclamante, sin que se hayan formulado alegaciones.

- Con fecha 11 de noviembre de 2025 se emite Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

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. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo en relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

(entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), «*la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario presenta una serie de particularidades que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*».

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

En similares términos, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Ha de tenerse en cuenta, por tanto, que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

Idénticas conclusiones ha alcanzado este Consejo Consultivo de Canarias entre otros muchos, en el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, en el que se expresa lo siguiente:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela

requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso (...) ».

4. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en los siguientes reproches:

a) Muerte sobrevenida de (...) dentro del hospital mientras le realizaban pruebas, al considerar el reclamante que no se llevaron a cabo -o al menos no con la diligencia debida- los cuidados que evitasen su fallecimiento.

b) Imposibilidad de la familia de (...) de conocer la causa de su muerte, motivado por el hecho de que -a juicio del reclamante- por error del hospital no se llevó a cabo la autopsia que había sido acordada y para la que la familia había prestado su consentimiento expreso.

c) Desconocimiento del destino de los órganos.

Pues bien, con carácter previo a entrar en el análisis de las concretas cuestiones planteadas, se ha de recordar que, en relación con la carga de la prueba, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

En este mismo orden de cosas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de junio de 2023 ha razonado lo siguiente:

« (...) Hemos de recordar la importancia que en un ámbito tan técnico tienen las reglas sobre la carga de la prueba a las que se refieren nuestras leyes procesales.

Así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y corresponde al demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

La Jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005, de 9 de diciembre de 2008, de 30 de septiembre, 22 de octubre, 24 de noviembre, y 18 y 23 de diciembre de 2009, y las que en ellas se citan) han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.

Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la lex artis, por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la lex artis corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la lex artis (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

Aunque lo anterior parece dar la razón a quien reclama cuando afirma que corresponde a la Administración la carga de probar que no existió mala praxis, es lo cierto que esta tesis carece de la trascendencia que se le pretende atribuir porque previamente incumbe a la parte actora la de acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

De otra parte, es claro que, si la Administración invocara la existencia de fuerza mayor o, en general, la ruptura del nexo causal como causa de exoneración de su responsabilidad, es ella la que debe acreditar el hecho, para que tal causa de exoneración resulte operativa.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas.

Y, también es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado». Doctrina que, *«mutatis mutandi»* es plenamente aplicable al presente procedimiento, pese a que nos encontremos en el ámbito administrativo de la reclamación.

5. Sentado lo anterior, en relación con la asistencia sanitaria dispensada a (...), del análisis del expediente administrativo y de los informes incorporados al mismo, ha quedado acreditado que el 9 de febrero de 2019 (...) acudió al Servicio de Urgencias del HUC derivada de su Centro de Salud por un posible episodio maníaco. Tras practicarse una valoración psiquiátrica, se diagnostica de episodio maníaco con síntomas psicóticos y se pauta tratamiento y sujeción completa hasta nueva indicación. Asimismo, se procede a su ingreso involuntario en Urgencias que es comunicado al Decanato de La Laguna a los efectos de su ratificación judicial.

Al día siguiente -10 de febrero de 2019-, se valora nuevamente a (...), quien ha permanecido con sujeción completa, y se decide dejarla en observación pendiente de evolución o de ingreso. A su vez, se le realiza TAC craneal con contraste sin hallazgos significativos.

El día 11 de febrero de 2019, (...) continúa en urgencias con sujeción ventral, decidiéndose ingreso en planta. Ese mismo día y estando ingresada, al levantarse para cambiar de camilla, (...) sufre un síncope con deterioro del nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria, hipoxemia severa (SatO 77%), puntuación de 3 en la escala de Glasgow y signos cutáneos de hipoperfusión, siendo trasladada a Reanimación e intubada de urgencia. A la vista de su situación clínica, se le realiza

electrocardiograma que da como resultado elevación de segmento ST; y angioTAC con contraste que muestra tromboembolismo bilateral masivo con afectación hemodinámica.

Ante tal diagnóstico, es ingresada en la Unidad de Coronarias en situación de inestabilidad, con taquicardia sinusal e hipertensa, siendo conectada a ventilación mecánica en modalidad IPPV, con 2 vías cortas. Asimismo, se le coloca sondaje nasogástrico y vesical, y es trasladada a la unidad de hemodinámica para fibrinolisis intrapulmonar, la cual, ante la estabilidad hemodinámica, se pospone y se indica vigilancia estrecha. Finalmente, y debido a la mala evolución, se decide realizar fibrinolisis intrapulmonar, tras la cual presenta mejoría respiratoria y hemodinámica.

Posteriormente, el día 12 de febrero de 2019, a las 01:30 horas presenta un cuadro de hipotensión sin causa clara hemodinámica. A la exploración neurológica, se objetivó una midriasis arreactiva bilateral no presente previamente, por lo que se decide su traslado para realizarle un TAC de cráneo urgente y descartar sangrado agudo intracraneal. Al mismo tiempo, se detiene la terapia antitrombótica.

El TAC reveló imágenes que impresionaban de edema cerebral con desviación de la línea media, y con efecto masa y herniación. No se visualizó presencia de material hemático. Ante tales hallazgos, se solicitó valoración urgente por parte de Neurología quien diagnostica de encefalopatía hipóxico isquémica severa secundaria a tromboembolismo pulmonar masivo y exploración física clínica compatible con muerte encefálica.

Comentado el caso con el servicio de medicina intensiva de guardia por sospecha de muerte encefálica, se recomendó optimización hemodinámica y respiratoria, manteniéndose de forma consensuada solo tratamiento anticoagulante por el riesgo de transformación hemorrágica hasta confirmar el diagnóstico.

Ese mismo día 12 de febrero de 2019 a las 12:50 horas, la exploración física de (...) era compatible con muerte encefálica, pupilas midriáticas arreactivas, reflejo corneal abolido, sin reflejo oculocefálico, tetraparesia flácida y reflejo cutaneoplantar flexor en el primer dedo de ambos pies (no presente en la exploración neurológica previa), siendo el electroencefalograma compatible con muerte encefálica.

Al día siguiente, 13 de febrero de 2019, a las 13:01 horas por parte del servicio de Neurocirugía se realizó el diagnóstico de muerte encefálica. Tal como señala el

informe del Jefe de Servicio de Cardiología del HUC de fecha 28 de mayo de 2024, la muerte encefálica se produce por anoxia secundaria a parada cardiorespiratoria provocada a su vez por un tromboembolismo pulmonar agudo masivo, siendo esta la causa del fallecimiento.

Además, como hemos señalado, este tromboembolismo pulmonar agudo masivo sobrevino inesperadamente el día 11 de febrero de 2019 sobre las 11:00 horas, mientras (...) estaba ingresada en el área de observación de urgencias para pacientes psiquiátricos, manifestándose clínicamente en forma de parada cardiorespiratoria.

A la vista de tal manifestación clínica, por los profesionales sanitarios se realizaron las maniobras de reanimación cardio-pulmonar, restaurando la circulación espontánea, y se llevaron a cabo las exploraciones e investigaciones clínicas precisas para identificar la causa de la parada cardiorrespiratoria y diagnosticar la gravedad de la misma. Sin embargo, la evolución desfavorable del curso clínico de la paciente condujo al diagnóstico de anoxia, como consecuencia fatal de la parada cardiorespiratoria y, posteriormente, de muerte encefálica.

Por ello, consideramos que, teniendo en cuenta la súbita aparición del tromboembolismo pulmonar agudo masivo -sin indicios previos que hubieran justificado una actuación distinta por parte de los profesionales sanitarios-, la asistencia sanitaria dispensada a (...) fue adecuada, ajustándose a los protocolos vigentes y a la *lex artis ad hoc*, efectuándose oportunamente el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar agudo masivo, tras lo cual se aplicó de forma inmediata el tratamiento adecuado, que incluyó fibrinolisis dirigida y soporte vital avanzado.

En definitiva, el fallecimiento de (...) se debió a una complicación grave, aguda y de curso fulminante, con evolución hacia encefalopatía hipóxico-isquémica, sin que existan elementos que permitan relacionar el desenlace con errores o demoras imputables al sistema sanitario.

6. En segundo lugar, en relación con la ausencia de práctica de la autopsia clínica -necropsia-, se ha de señalar que consta acreditado en el expediente administrativo que el reclamante autorizó la práctica de la necropsia de su esposa -(...)-, sin embargo, debido a problemas de coordinación entre los servicios de anatomía patológica, de coordinación de trasplante de órganos y de cuidados intensivos cardiológicos del HUC, no se llegó a practicar tal necropsia.

Ahora bien, la falta de práctica de la necropsia autorizada por el reclamante, a causa de tal falta de coordinación, no tiene vinculación alguna con el resultado

producido -fallecimiento de (...)- ni entraña, por tanto, un plus adicional indemnizatorio. Además, tal prueba era innecesaria en orden a determinar las causas conocidas de la muerte que fue un tromboembolismo pulmonar agudo masivo.

El art. 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece cuales son los derechos de los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, disponiendo lo siguiente:

«1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle».

Asimismo, el art. 5.1 de la Ley 41/2002, añade que «El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita».

Por su parte, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, en su art. 6 dispone que, de conformidad con lo establecido en el art. 4 de la Ley 41/2002, los pacientes y usuarios del Servicio Canario de la Salud, tienen los siguientes derechos: « (...) *n) A que se le dé información adecuada y comprensible sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, el pronóstico, así como los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento».*

Es decir, el derecho a la información que, en la presente reclamación se dice vulnerado, viene referido al diagnóstico, pronóstico, tratamiento y sus alternativas, así como a las causas o razones del tiempo empleado o, en su caso, de la demora en la realización de cualquier medida diagnóstica o terapéutica, y comprende todas las fases de o etapas de la asistencia sanitaria, incluyendo las circunstancias en que termina o concluye, con el resultado obtenido o acaecido en casa caso; mas

no abarca el derecho a la pormenorización que pretende el reclamante respecto del procedimiento o método para que se determine la causa del óbito. Ello es consecuencia lógica de la naturaleza del servicio sanitario, que se caracteriza por la obligación de prestar asistencia sanitaria de acuerdo al estado de la ciencia médica, con relación a una gestión eficaz de los medios materiales y personales disponibles. Por tanto, como hemos señalado reiteradamente, tiene una obligación de medios y no de resultados, lo que resulta acorde con las limitaciones de la ciencia médica, sin olvido de las particularidades de cada enfermo, que impiden asegurar, pese al avanzado estado de la medicina, la efectividad de los medios empleados y la curación de todos los pacientes, y, en lo que aquí interesa, evitar la aparición de cuadros fulminantes sin aparente causa, como el presentado por (...) que, según su historia clínica y los informes obrantes en el expediente administrativo, no era previsible tal como se presentó.

Por lo tanto, no existiendo ese derecho a la información en los términos en que lo demanda el reclamante, es decir, incluyendo en él la facultad de que se practique la autopsia del fallecido incluso cuando sin ella pueda establecerse la causa de la muerte, el daño consistente en el desconocimiento de las causas antecedentes del óbito, o para ser más exactos, del motivo desencadenante del tromboembolismo pulmonar agudo masivo -que se tiene por causa cierta e inmediata del fallecimiento- no puede ser legalmente calificada como perjuicio indemnizable.

Por otro lado, la práctica de la necropsia no es un deber impuesto a la Administración sanitaria, sino que es una facultad otorgada a la misma en virtud del artículo quinto del Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas, que dispone:

«Uno. Los hospitales que lo deseen y que reúnan las condiciones adecuadas de locales, medios físicos y personal, a que se refieren los artículos primero, segundo y tercero podrán solicitar la autorización para que todos los enfermos que fallezcan en los mismos puedan ser autopsiados sin más requisitos, si por los servicios médicos se estima necesario.

Tal autorización se hará a petición de dichos hospitales, de forma individualizada y por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dos. Los pacientes fallecidos en dichos hospitales que, por sí mismos o a través de su cónyuge o de sus familiares en primer grado, no hubiesen manifestado su oposición al procedimiento, podrán ser sometidos a un estudio autópsico que garantizará a los familiares la no desfiguración manifiesta del cadáver y la no comercialización de las vísceras. Se considerará que no existe dicha oposición cuando no conste en el libro de registro del hospital y tampoco se haya manifestado por el cónyuge o familiares en primer grado del

difunto, dentro de las cuatro horas siguientes al momento en que se les entregue o, si no se encontrasen en el hospital, se ponga a su disposición la copia del certificado médico especial a que se refiere el artículo sexto punto uno.

Tres. En los demás casos, es decir, fuera de dichos hospitales o cuando el procedimiento suponga la desfiguración manifiesta del cadáver, la autopsia clínica requerirá la constancia escrita de la autorización expresada por el interesado antes de su fallecimiento, o la conformidad del cónyuge o familiares en primer grado del difunto, o la orden formulada por la autoridad sanitaria cuando exista un interés relevante para la salud pública.

Cuatro. Las autopsias clínicas podrán realizarse siempre que no intervenga la autoridad judicial, o, interviniendo, hubiere hecho uso de la facultad prevista en el artículo setecientos ochenta y cinco, octava, f) de la Ley de Enjuiciamiento Criminal».

7. Finalmente, en relación con el desconocimiento del destino de los órganos, se ha de compartir el criterio de la Propuesta de Resolución al considerar que el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad, que desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, establece en su art. 5.2 que: «*Ni los donantes ni sus familiares podrán conocer la identidad del receptor o la de sus familiares y viceversa. Se evitará cualquier difusión de información que pueda relacionar directamente la obtención y el ulterior trasplante*».

Este anonimato por tanto, impide de forma rotunda que los médicos puedan dar información tanto a los familiares de un donante sobre el destino de los órganos donados como a los del receptor acerca del origen de los mismos.

Por todo ello se ha de concluir que la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se considera que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

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, se considera conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.