



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 167/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 26 de abril de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en su propio nombre y en representación de (...), (...), (...), (...), (...) y (...), por daños ocasionados a (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 129/2018 IDS)\*.*

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual instado contra el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado mediante escrito de reclamación presentado el 10 de abril de 2015, a instancia de la reclamante, siendo admitido a trámite mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud de fecha 22 de mayo de 2015.

2. Los interesados cuantifican la indemnización que reclaman en la cantidad de 154.086,7 euros. Dicha cuantía determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitir Dictamen de carácter preceptivo. Asimismo el Consejero de Sanidad está legitimado para solicitarlo. Todo ello según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación, pues no ha transcurrido el plazo prescriptivo de un año para reclamar.

4. El órgano competente para instruir y resolver de 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.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La reclamante funda su escrito en los siguientes hechos:

«(...) en la mañana del día 25.05.2014 (...) comenzó a sentir una presión en el pecho y asfixia, a resultas de lo cual fue acompañado por su cuñado (...) al Centro de Salud de Schamann (...) la consulta de urgencias sigue su orden habitual (...) llega al centro de salud una ambulancia medicalizada y un buen tiempo después salen la doctora de urgencia y el doctor de dicha ambulancia, comunicando (...) había entrado en parada cardiorrespiratoria, falleciendo en el mismo Centro de Salud. Además comunican (...) "tenemos los brazos rotos", debido a que han tenido que hacer una reanimación manual porque el aparato de reanimación se encuentra averiado (...) el paciente llega al Centro de Salud de Schamann a las 12:30 y se le atiende a las 13:40 (...).

Por todo ello (...) considera que la muerte se produjo por la deficiente asistencia médica, al no ser diagnosticada de forma correcta ni recibiese de forma inmediata el tratamiento adecuado a la dolencia que padecía y que le llevó a su fallecimiento; situación ésta que no tiene otra explicación que la negligente actuación tanto del médico como del personal sanitario (...).

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), en su informe de 19 de octubre de 2016, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

«(...) el paciente (...) tenía como antecedentes patológicos diabetes mellitus tipo 2, infarto agudo de miocardio inferior en el 2000, fumador, obesidad y dislipemia, retinopatía diabética, disfunción ventricular izquierda.

El día 25 de mayo de 2014 (...) acude acompañado de su cuñado al Servicio de Urgencias de Schamann, a las 12:30 horas. Se dirigen al celador y se realiza el pase para el médico. Se dirige a la sala de espera estando en esta y según el informe del celador del Servicio de Urgencias, no dio señales de alarma. Solicitó consulta (...).

(...) ni solicitó ayuda en algún momento, además refiere en su informe el celador que el paciente en un momento dado sale por sus propios medios de la sala de espera al exterior porque su acompañante estaba fuera.

No solicitó ayuda en la sala de espera ni silla de ruedas para deambular.

(...) el paciente se dirige a la enfermera diciéndole que se encontraba mal, y la enfermera lo pasó, sobre la marcha al médico. Esto ocurre a las 13:40 horas (...).

(...) según informa la médica de Urgencias (...) el paciente entra en consulta, con sudoración profusa, dolor precordial, les dice que es diabético, lo pasan a la sala de EKG, monitorizan y colocan Vernies sublingual, se coge vía, se le pone oxígeno, la tensión arterial el pulso es normal.

La doctora llama a la ambulancia medicalizada a las 14:11:03 (...).

El paciente entra en parada cardiorrespiratoria, y se realizan maniobras de Reanimación Cardiopulmonar, básica y avanzada, llega la medicalizada a las 14:25 se sigue con RCP durante 40 minutos, el paciente no responde y se concluye con el diagnóstico de parada cardiorrespiratoria, éxitus, pasadas las 15 horas.

(...) la organización de la atención a las Urgencias se establece inicialmente, sobre la gravedad de los enfermos, en relación a la sintomatología leve, grave o muy grave, expresadas.

El personal de recepción/admisión facilita el cumplimiento de los datos administrativos, proporciona información necesaria, así como posible activación preferente o de emergencia, avisando al personal médico y/o enfermería (...).

La actuación del médico y enfermera fue rápida, monitorizaron todas sus constantes, en los primeros momentos tenía una tensión arterial y un pulso normal, se deduce de esto que la parada no fue inmediata, que tardó en efectuarse.

(...) al llegar se encuentra el paciente en parada respiratoria (...) en un Servicio de Urgencias (...) bien dispuesto, con todo lo necesario, (desfibrilador, carro de paradas y medicaciones), todo lo necesario para comenzar una resucitación cardiopulmonar básica y avanzada. El personal de urgencias es un personal entrenado en estas lides, por lo que el médico empieza la RCP, como hace cualquier médico en tales circunstancias.

(...) se pidieron los medios adecuados (...).

No se valora mala praxis médica. No hubo dejación de servicio, se hizo todo lo posible y se pusieron los medios adecuados (...)».

3. Por lo demás, obran en el expediente los informes preceptivos de los facultativos y personal que asistieron al paciente en cada caso.

4. En cuanto a la continuación del procedimiento administrativo que nos ocupa, el órgano instructor dictó acuerdo probatorio, incorporando al expediente la documental propuesta por ambas partes y practicando la testifical solicitada por la interesada.

5. Se concedió a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia, que fue notificado oportunamente, por lo que la interesada formula alegaciones proponiendo nueva testifical y terminación convencional del procedimiento. No obstante, el órgano instructor deniega la nueva testifical puesto que la fase probatoria ya había concluido, aclarando al respecto que el trámite de audiencia es una fase de vista del expediente y formulación de alegaciones.

6. Finalmente, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, 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, de acuerdo con el art. 139.1 LRJAP-PAC. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera 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. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación

de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. 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, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) 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).

2. En su Sentencia de 11 abril 2014 la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo expone sintéticamente su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«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. Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que “este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad 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” (STS de 23 de septiembre de 2009)».

En el mismo sentido, la Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración (...)».

3. Conforme a tal jurisprudencia, este Consejo ha señalado reiteradamente que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

## IV

1. En el presente procedimiento la reclamación se realiza con base en la afirmación de que de haber recibido el paciente la atención médica y asistencia sanitaria adecuada se le hubiera otorgado la posibilidad de evitar el fatal desenlace.

2. En cuanto a la posible concurrencia de la denominada doctrina de la «pérdida de oportunidad» en el caso que se nos plantea, doctrina consistente en aquella situación que permite una respuesta indemnizatoria en los supuestos en que se haya generado incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber asistido al paciente con anterioridad, no cabe en el presente supuesto ya que fue el propio paciente el que no advirtió de su urgencia en ser asistido nada más llegar al Centro de Salud, sino a *posteriori* cuando manifestó la gravedad de su

estado a la enfermera; fue entonces cuando el Servicio de Urgencias puso a disposición del paciente todos los medios posibles para lograr alcanzar su curación.

3. Por tanto, no se privó al paciente de determinadas expectativas de curación que debieran en su caso ser indemnizadas, pues desde que se tuvo constancia de la urgencia fue atendido inmediatamente, tal y como se acredita en la documental médica obrante en el expediente.

En el mismo sentido, todos los informes médicos concluyen al igual que el SIP, al indicar que se utilizaron los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles adecuada y rápidamente desde que el paciente manifestó su estado de gravedad, siendo movilizadas una ambulancia medicalizada para su traslado. No consta avería sobre material empleado, concretamente, en relación con el aparato desfibrilador. Además, se actuó en todo momento de acuerdo con el protocolo médico establecido como se prueba en la documental adjunta.

Por otra parte, en lo que se refiere a que los médicos manifestaron «tenemos los brazos rotos» por la reanimación manual, el SIP nos aclara que la RCP tanto en la básica como la avanzada emplean los brazos para el masaje cardíaco, y que esta se detiene en el momento de la desfibrilación con el aparato, para volver a iniciarse cuando termina éste y así se hace una serie de veces hasta conseguir la reanimación del paciente.

Por tanto, mediante las actuaciones realizadas en el procedimiento tendentes a probar la eficiente asistencia sanitaria prestada, con base en la documental médica admitida a efectos probatorios, se ha llegado a acreditar que el personal sanitario que asistió al paciente se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc* de la buena práctica médica, acorde con los protocolos existentes.

4. Ha de tenerse en cuenta que a la Administración Sanitaria lo que se le exige es una conducta razonable acorde con la utilización de los medios disponibles en garantía de los riesgos relacionados con el servicio; lo que, en términos de prevención razonable y adecuada a las circunstancias como el tiempo, lugar, desarrollo de la actividad, estado de la técnica, capacidad de acceso, y distribución de recursos, se viene considerando un funcionamiento estándar del servicio.

5. En definitiva, los facultativos pusieron a disposición del paciente todos los medios que estaban a su alcance adoptando en cada momento las decisiones clínicas a su juicio más convenientes de acuerdo con la gravedad del estado sufrido que fue

la razón última de la muerte del paciente. Se aplicó el protocolo a seguir, por lo que el fallecimiento no puede ser imputado al funcionamiento del servicio público sanitario, considerando correcta la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

6. En consecuencia, sin la existencia de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. En este punto, la reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de que por parte del Servicio de Urgencias de Atención Primaria se produjera la desatención del paciente. Por contra, la documentación clínica y los informes médicos obrantes en el expediente acreditan que se actuó rápida y eficientemente de acuerdo con la sintomatología presentada por el paciente. Todo ello de acuerdo con la *lex artis*, ya que la situación clínica del enfermo no era alarmante una vez llegó al Centro de Salud, ni se manifestó lo contrario, hasta el momento en que le indicó a la enfermera que su estado no era bueno.

7. En definitiva, del expediente estudiado se desprende que se ha respetado la buena práctica médica en la actuación dispensada al paciente desafortunadamente fallecido. Igualmente, se ha demostrado la correcta utilización de medios materiales y personales de los servicios sanitarios, que actuaron conforme a la mejor práctica médica, no siendo factible exigir de aquél una acción que supere la mejor *praxis* sanitaria existente, siendo esta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

Con todo, la interesada no ha probado que los daños por los que reclama hayan sido consecuencia del servicio sanitario recibido, por lo que se ha de concluir que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, se considera conforme a Derecho.