



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 478/2018

(Sección 2ª)

La Laguna, a 23 de octubre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 442/2018 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 22 de junio de 2017 por (...) como consecuencia de los daños morales derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija fallecida.

2. La reclamante solicita por los daños morales sufridos una indemnización de 300.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación 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 (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, 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).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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 su ámbito de actuación por el Servicio Canario de la Salud.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La interesada expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

Sobre las 18:00 horas del día 26 de junio de 2016 su hija, (...), que tenía implantado un marcapasos, sufrió un desvanecimiento en su domicilio, sito en (...), Pájara.

De forma inmediata, su madre llamó primero al 012 y, posteriormente, al 112, manifestando las condiciones en las que se encontraba su hija, sin conocimiento y desvanecida.

A las 18:20 horas, viendo que no acudía nadie al domicilio, a pesar de que distaba menos de 1 km del Centro de Salud, un vecino se dirige al mismo explicando a la persona que se encuentra en recepción la urgencia y gravedad de la situación, manifestando dicha persona que el médico no podía salir del Centro de Salud si no lo activaba el 112 que, de momento, no había sido activado.

Pasadas las 18:30 horas, llegó al domicilio una ambulancia básica, no medicalizada, llegando ésta con el médico del Centro de Salud mucho más tarde, certificando éste el fallecimiento de (...).

Considera que la falta de recursos médicos de la zona de la península de Jandía, que dista muchos kilómetros del Hospital General de Fuerteventura, provocó el fallecimiento de (...), pues fue tardíamente atendida y sin los medios adecuados, no siendo hasta el 31 de julio de 2016 y a raíz del fallecimiento de (...), cuando la Consejería de Sanidad dotó de ambulancia medicalizada a la Zona Básica de Salud de la Península de Jandía.

2. La paciente, de 33 años de edad, se encontraba afectada de cardiopatía congénita tipo membrana subaórtica, intervenida a la edad de los 6 años.

En mayo de 2005, doble lesión aórtica. Estenosis severa subvalvular e insuficiencia al menos moderada, por lo que se le implanta de prótesis aórtica mecánica.

El 26 de octubre de 2015 se le implanta por el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, marcapasos VVD.

El 5 de mayo de 2016 ingresa nuevamente en el Servicio de Cardiología del CHUIMI para implante de marcapasos definitivo para un Upgrade a DDR.

Según consta anotado en el historial médico de atención primaria, con fecha de 26 de junio de 2016: «fallecida de forma súbita en su domicilio. Se realiza RCP y no responde. Es una paciente que presentaba marcapasos (mediatronic). En el día de hoy después de llegar procedente de Las Palmas de Gran Canaria, tuvo un desvanecimiento, pérdida de conciencia, que desencadenaron los hechos».

3. El SIP relata la sucesión cronológica de los hechos como sigue:

1.- El día 26 de junio de 2016, sobre las 18:00 el Servicio 012 recibe llamada de la reclamante, con hora de inicio a las: 18:07:59 y hora de fin de llamada a las: 18:08:13. La duración total de la comunicación -en la que la operadora conecta a la dicente con el 112- es de 14 segundos.

2.- A las 18:09, la dicente habla con el Médico Coordinador del Servicio de Urgencias Canario (SUC).

3.- A las 18:10, el SUC remite una Ambulancia Sanitarizada. A su llegada el personal sanitario efectúa resucitación cardiopulmonar en la paciente desvanecida y con parada cardiorrespiratoria, efectuando la primera descarga con desfibrilador (DESA), entre las 18:29 y 18:31.

4.- A las 18:25, se remite una segunda Ambulancia Medicalizada (sanitarizada con Médico).

5.- Tras tres descargas del desfibrilador semiautomático y sus intervalos -todo ello según protocolo-, además de intubación de la paciente y canalización de vía, no se logra reanimación de la paciente y se señala hora de su fallecimiento a las: 18:54.

El SIP, ante tales hechos, realiza las siguientes consideraciones:

«1.- La pérdida de conocimiento se denomina síncope, que puede ser más o menos brusca y acompañarse o no de otros síntomas (náuseas, vómitos, mareo, etc.). El peligro de los síncope es la caída al suelo que ocasionan, pudiendo presentar el paciente traumatismos de diversa gravedad; pero no hay que olvidar que en ocasiones los síncope reflejan alteraciones graves en el corazón que deben ser tratadas sin demora.

La pérdida de conocimiento más frecuente es la que se denomina síncope vasovagal u ortostático. Se produce porque el corazón comienza a latir muy despacio y baja la tensión arterial, por lo que finalmente, la cantidad de sangre que llega a nuestro cerebro no es suficiente y se pierde el conocimiento.

Los síncope que se producen en pacientes con alteraciones cardíacas son diferentes. El paciente de repente se desploma sin notar nada antes. Estos síncope pueden estar originados por bradicardias (el corazón va muy lento) o taquicardias (el corazón va muy rápido y no logra producir un latido eficaz). Las taquicardias ventriculares son las más peligrosas, ya que pueden producir un paro del corazón y muerte súbita. Estas taquicardias se denominan taquicardias ventriculares malignas.

2.- El corazón puede perder la capacidad de generar el impulso eléctrico o puede no transmitir la actividad eléctrica a todo el músculo cardíaco de forma adecuada. Cuando a un corazón le falla el impulso eléctrico, pueden bajar las pulsaciones (frecuencia cardíaca lenta o bradicardia) y la persona con este trastorno puede sentir fatiga, mareo brusco y sufrir un desmayo sincopal.

Los trastornos del ritmo cardíaco por una alteración del impulso eléctrico en el corazón, pueden ocurrir de forma continua o de forma transitoria; puede funcionar mal durante un periodo de tiempo, pero después volver a hacerlo normalmente.

Las pulsaciones pueden estar bajas si la persona toma medicamentos que bajan las pulsaciones, que se suelen indicar para la hipertensión o para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

Cuando existe seguridad de que no hay otras causas que bajen las pulsaciones, la falta de impulso eléctrico se puede resolver colocando un Marcapasos.

Por lo tanto, el Marcapasos es una forma artificial y externa de conseguir transmitir al corazón la actividad eléctrica que le falta. El corazón puede perder la capacidad de generar el impulso eléctrico o puede no transmitir la actividad eléctrica a todo el músculo cardíaco de forma adecuada.

3.- Las posibles causas del síncope/desmayo/desvanecimiento pueden ser: Miedo, trauma emocional, dolor intenso, reducción repentina de la presión arterial, hipoglucemia como consecuencia de la diabetes o debido a un ayuno prolongado, hiperventilación (respiración rápida y superficial), deshidratación, estar de pie en la misma posición durante mucho tiempo, ponerse de pie de golpe, esfuerzo físico cuando hace calor, toser demasiado fuerte, esfuerzos durante la defecación, convulsiones, consumo de drogas o alcohol, ciertas enfermedades tales como: bloqueos cardíacos, latidos irregulares (arritmia), ansiedad y medicamentos para tratar la presión arterial elevada, las alergias, la depresión y la ansiedad.

4.- Existen varios tipos de desvanecimientos sincopales:

- El síncope vasovagal se desencadena por un trauma emocional, por el estrés, por ver sangre o por estar de pie durante mucho tiempo.

- El síncope del seno carotídeo se produce cuando la arteria carótida del cuello se contrae, generalmente después de girar la cabeza hacia un lado o usar un cuello muy apretado. El síncope situacional se produce debido al esfuerzo realizado al toser, defecar u orinar, o por problemas gastrointestinales».

Las conclusiones a las que llega el SIP son:

«1.- La actuación del personal de la ambulancia no produjo daño alguno a la interesada. La patología padecida por la paciente fallecida, no es consecuencia de la asistencia prestada. Los informes emitidos -con base a las actuaciones practicadas por ambas ambulancias- ponen de manifiesto que los daños por los que la dicente reclama, no se derivan, ni resultan agravados por las acciones del personal asistencial.

2.- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, debe

inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para los casos de desvanecimiento y parada cardiorrespiratoria, no existiendo evidencia de una asistencia inadecuada a la *lex artis*, ni por el tiempo transcurrido para llegar al domicilio, ni en la acción dirigida en pro de salvar la vida de la paciente con patología cardiológica y portadora de marcapasos.

3.- No queda resuelto por parte de la señora reclamante, que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial, puesto que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos que no existe- entre la atención prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende. Así, las razones interpuestas por la dicente en el Escrito de Reclamación, contra las actuaciones de los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria, se resienten de la propia imprecisión toda vez que el parecer de quien no tiene conocimientos en la práctica de la medicina urgente y emergente no puede prevalecer al de los equipos asistenciales de las ambulancias del Servicio de Urgencias Canario (SUC), en relación al manejo de las técnicas de soporte vital básico y uso de desfibriladores. Las decisiones tomadas en función de la sintomatología disponible de la enfermedad, no fueron indicativas de mala praxis. La Administración Sanitaria no puede garantizar la salud, y en ese sentido no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, así como tampoco debe ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones. La Medicina se limita, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento médico-quirúrgico sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere. La salud no es un bien que pueda elegirse o que se conceda por las autoridades sanitarias.

4.- Consideramos que el servicio público actuó, en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

5.- Por todo lo hasta ahora expuesto, el SIP, a la vista de la documentación recabada luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos advertidos, considera -por conclusión razonada- que no cabe estimar la actuación de los Servicios Asistenciales como la causa del daño reclamado, toda vez que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*,

valorando como correcta la actuación dispensada por los Servicios Asistenciales de la Administración Sanitaria: Personal del Centro de Salud, del Servicio 012, del Servicio 112 y de ambas ambulancias del SUC, y, por tanto, carente de antijuridicidad; no hallando nexo de causalidad -necesario para la pretensión reclamada-, ni proceder anormal alguno en el proceso asistencial urgente a domicilio por desvanecimiento».

4. Abierto periodo probatorio se incorpora como prueba documental a la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC) la transcripción de las llamadas solicitando una ambulancia efectuadas el 26 de junio de 2016.

5. En el trámite de audiencia, la interesada alega la existencia de contradicciones en relación a la hora de activación de la ambulancia y la llegada de la ambulancia, teniendo en cuenta que el conductor de la misma tarda en localizar la dirección donde se encontraba la paciente necesitada de ayuda.

De dicho escrito de alegaciones se da traslado, con fecha de 26 de abril de 2018, a GSC en su condición de parte en el procedimiento.

6. De acuerdo con las grabaciones del 112 y el informe de GSC, se puede afirmar que los hechos sucedieron como sigue:

A las 18:08:13 h llama la interesada desde su domicilio solicitando una ambulancia para su hija que se ha desmayado, que está tendida en el piso, inerte (...), manifestando que tiene un marcapasos recién puesto.

A las 18:09:15 h vuelve a llamar, reiterando que su hija se desmayó, que está sin conocimiento. Ante la pregunta del médico de que verifique si respira, la madre le dice que sí, que está respirando.

El médico le dice que la mantenga acostada y de lado.

Según el informe de incidente del 112, a las 18:10:28 h es activada una ambulancia de soporte vital básico para proceder a una primera asistencia.

A las 18:20:57 h llama desde el domicilio donde se encuentra la paciente una persona (que posteriormente se identifica como enfermero). Dice que la paciente presenta relajación de esfínter.

A las 18:21:54 h vuelve a llamar el enfermero, dice que la chica ha sufrido un desmayo, está inconsciente, pide una ambulancia sanitizada.

Según el informe del 112, la solicitud de ambulancia sanitizada es creada a las 18:24.50 h, siendo activada a las 18:25:22 h, una vez que se tiene conocimiento de la gravedad del caso.

A las 18:26:13 h, el mismo enfermero vuelve a llamar, siendo la primera vez que se alerta de que la paciente no respira.

Asimismo, es en esta llamada cuando se identifica como amigo de la familia. El médico coordinador le dice que comience con maniobras de reanimación cardiopulmonar. Le comunica que están de camino dos ambulancias (ya se ha activado una segunda ambulancia sanitizada).

A las 18:26:58 h llaman al 112 personal de una consulta médica privada, manifiestan que desde el domicilio de la paciente han llamado solicitando un médico (a la llegada de la segunda de las ambulancias, se encuentra ya en el domicilio un médico privado).

Explica GSC que, en relación a la llegada al domicilio de la ambulancia de soporte vital básico (primera de las ambulancias), no consta la hora de llegada de la misma al domicilio, dado que no se comunicó a la Sala Operativa. Sin embargo, es posible determinar la hora de llegada en base a la hora en la que se le dio a la paciente la primera descarga: se le dieron 3 descargas del DESA (desfibrilador semiautomático).

Conforme a la normativa, la utilización de dicho aparataje conlleva un protocolo, consistente en la formalización de una hoja de registro de datos. En dicho documento, consta que la primera descarga se realizó a las 18:29 h. Si bien es recogido a mano, es un dato muy cercano al generado por el propio DESA, que emite un informe de descarga sobre su utilización, que es objetivo y no manipulable y arroja que la primera hora de descarga es a las 18:31 h, señalando, asimismo, las 18:54 h como el momento de fallecimiento, tras haberse realizado las tres descargas.

De esa información, es posible situar la llegada al domicilio de la paciente de esta primera ambulancia, que es la que practica las descargas, entre las 18:27 h y las 18:29h.

Por lo tanto, teniendo en cuenta tales tiempos, hora de activación del recurso y primera descarga del DESA, la llegada de la ambulancia de soporte vital básico al domicilio de (...) es inferior a 20 minutos.

La paciente deja de respirar a las 18:26 h, de acuerdo con la información dada por el enfermero amigo de la familia que se encontraba en el lugar de los hechos, comenzando en ese momento, maniobras de RCP.

Siguiendo con la grabación de llamadas al 112:

A las 18:29:48 h desde el 112 se avisa a la segunda de las ambulancias que iba de camino del lugar para que recoja al médico del Centro de Salud de (...) por una PCR.

A las 18:30:02 h se llama al Centro de Salud desde donde se confirma que el médico ya ha salido, ya lo han recogido.

A las 18:34:19 h llama la segunda de las ambulancias para confirmar dirección, no obstante, vuelve a llamar a las 18:34:50 h desprendiéndose, del curso de la llamada, que la propia ambulancia encuentra la dirección.

La ambulancia sanitizada, a la que se le incorpora un médico, en este caso del Centro de Salud de (...), es activada a las 18:25 h, una vez que se tiene conocimiento de la gravedad del caso.

Cuando llega la segunda ambulancia al domicilio, confirman que se encuentra la ambulancia de soporte vital básico practicando la asistencia. En el propio domicilio el médico procede a intubar a la paciente, mientras que el enfermero monitoriza y canaliza vía, continuándose las maniobras de reanimación cardiopulmonar, hasta que el médico declara el fallecimiento de la paciente, a las 18:54 h.

7. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

Argumenta que la paciente fue rápidamente atendida, no existiendo dilación indebida en la activación de los recursos, debiendo destacarse que, antes de la llegada de la primera de las ambulancias, se encontraba en el domicilio de la fallecida, un enfermero y es quien comienza a realizar las maniobras de reanimación hasta la llegada de los técnicos de la ambulancia.

Posteriormente, se une a las maniobras de reanimación un médico privado y, posteriormente el personal de la segunda ambulancia -médico y enfermero-; todos ellos, trataron infructuosamente de salvar la vida de la paciente con todos los medios disponibles a su alcance pero, desgraciadamente la misma fallece, debido a los importantes y graves antecedentes cardíacos que la misma presentaba.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo «según el art. 139.1 LRJAP-PAC, 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)».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en un retraso en la llegada de la ambulancia para asistir a su hija, tardanza que provocó el fallecimiento de la misma, pues a pesar de llamar inmediatamente al 012 y posteriormente al 112 tras el desvanecimiento de su hija, la misma no llegó hasta pasadas las 18:30 h.

Como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la prueba de que ese retraso le provocó la muerte a la hija de la reclamante, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y la muerte. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria, en este sentido, la reclamante no aporta informes médicos ni otras pruebas que corroboren su pretensión, antes al contrario, de la documentación clínica y los demás informes médicos obrantes en el expediente se desprende que el desmayo de la paciente se debió a una enfermedad cardiaca previa (ajena, por tanto, a la asistencia recibida) y que, una vez recibido aviso, no se tardó excesivamente (inferior a 20 minutos) en llegar la primera ambulancia a su domicilio y prestarle asistencia adecuada a las circunstancias del caso, en concreto practicarle varias descargas del DESA (desfibrilador semiautomático), a lo que hay

que añadir que en ese momento ya había sanitarios atendiéndola, un enfermero amigo de la familia y un médico de un centro privado cercano, por lo que no hubo infracción de la *lex artis ad hoc*.

Por su parte, está acreditado en el expediente que fue la segunda ambulancia la que -durante apenas un minuto- manifestó que estaba perdida, por lo que, en la medida en que la primera, sanitizada, ya había llegado al lugar, esa circunstancia no tuvo repercusión en la asistencia prestada.

En suma, no se aprecia la existencia de nexo causal, pues pese a los intentos por reanimarla el *exitus* de la hija de la reclamante se produjo no como consecuencia del retraso de la asistencia sanitaria recibida, sino del desmayo derivado de su grave enfermedad, lo que impide que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que hay que concluir que la Propuesta de Resolución que desestima la pretensión resarcitoria de la interesada, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria es conforme a Derecho.