



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 352/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 7 de octubre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 324/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario 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. La reclamante solicita una indemnización cuya cuantía total asciende a 270.730,94 euros (126.794,04 euros para sí y 143.936,90 euros para su hijo). Esta cuantía determina la preceptividad 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 Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

* Ponente: Sr. Suay Rincón.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

Por su parte, la resolución de la reclamación es competencia del Director del citado 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada al haber sufrido un daño (fallecimiento de su marido) derivado -a su juicio- de la tardanza y descoordinación de los servicios de emergencias y los servicios sanitarios [art. 4.1, apartado a) de la LPACAP]; y por el que reclama en su propio nombre, y en el de su hijo -(...)-.

Por otro lado, corresponde a la Administración autonómica la legitimación pasiva, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues ésta se presentó el 13 de octubre de 2017, habiéndose producido los hechos por los que se reclama el día 9 de abril de 2017 (art. 67.1 de la LPACAP).

6. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 de la LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

7. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada Ley 39/2015; la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; 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.

8. 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 reclamante insta 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 prestada a su marido.

En este sentido, se alega -en síntesis- que «(...) que el 9 de abril de 2017 a las 4.48 horas (...) llamó al Centro de Coordinación de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias 112 relatando que tenía un dolor que comenzaba en las axilas, continuaba hasta la mandíbula y se quedaba sudando y sin fuerzas». Y que una vez preparada para ir al centro de salud, (...) observó que su marido se estaba asfixiando, que su respiración cada vez era menos fluida, y que sus extremidades estaban rígidas por lo que a las 5:05 llama nuevamente al SUC, solicitando el envío de una ambulancia urgente para la asistencia del paciente ya que se estaba asfixiando. Jamás dijo la dicente que su marido estuviera sufriendo un cuadro de alteración de la conciencia, tal y como se afirma en la respuesta dada por el SUC.

Es a partir de ese momento cuando se activa una ambulancia de soporte vital básico y una ambulancia de soporte vital avanzado, a la vez que la médico coordinadora daba indicaciones telefónicamente, sobre cómo actuar con el paciente.

Desgraciadamente, después de todo lo descrito se produce el luctuoso hecho del fallecimiento de mi esposo, siendo declarado fallecido en el lugar por los médicos actuantes en ese momento».

De esta manera, entiende la reclamante que «(...) el nexo causal entre el hecho de la reclamación previa y la misma, no es otros que la falta de asistencia sanitaria a mi difunto marido, y, por ende, la tardanza en la actuación médica, siendo consecuencia de ello, el fallecimiento de (...)».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que se produce un «(...) anormal funcionamiento del CECOES», es por lo que la reclamante solicita una

indemnización de 126.794,04 euros para sí, y 143.936,90 euros para su hijo; ascendiendo el total de la cuantía indemnizatoria pretendida a 270.730,94 euros.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada de 13 de octubre de 2017, (...) insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada su marido.

2. Posteriormente, se requiere a la interesada a los efectos de subsanar y mejorar la reclamación formulada, aportando con fecha 17 de noviembre autorización para el acceso a los datos obrantes en la historia clínica.

3. La citada reclamación fue admitida a trámite por Resolución de 30 de noviembre de 2017, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, resolviéndose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido. La citada resolución fue debidamente notificada a los interesados (la reclamante y la empresa pública «Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias» -en adelante, GSC-).

Asimismo, se solicitó al Servicio de Inspección y Prestaciones (en adelante, SIP) que emitiese informe sobre los hechos expuestos en la reclamación de responsabilidad patrimonial (*ex art. 81.1 de la LPACAP*).

Finalmente, fue emitido informe por el Director Territorial del Servicio de Urgencias Canario de Las Palmas con fecha 11 de abril de 2018, y el informe del SIP el día 18 de junio de 2018.

4. El día 24 de octubre de 2018 fue dictado acuerdo probatorio, admitiéndose - en los concretos términos que figuran en el cuerpo de la citada resolución- las pruebas propuestas por las partes. Dicho acuerdo consta notificado a la reclamante y a la empresa pública GSC.

5. Mediante Acuerdo del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, de 28 de noviembre de 2018, se acuerda la apertura del trámite de audiencia a los interesados; que, según consta en el expediente administrativo, fue debidamente notificado.

6. Con fecha 27 de diciembre de 2018, la interesada formula escrito de alegaciones en el que se limita a solicitar copia del expediente administrativo. El día 10 de enero de 2019, la reclamante retira la copia del expediente.

7. Consta la emisión del informe preceptivo *ex art. 20.j)* del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias; considerando ajustado a Derecho el borrador de resolución remitido.

IV

1. 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».

La proyección de estas exigencias de carácter general al campo de la asistencia sanitaria pública ha sido también precisada por la jurisprudencia en los términos que siguen:

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 «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 fin, 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».

Así, pues, estamos ante una obligación de medios, pero no de resultado. A los facultativos les es exigible la asistencia sanitaria aconsejable y procedente 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.

En este mismo sentido, se ha decantado este Organismo. Cabe traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, en el Dictamen n.º 6/2019, de 9 de enero, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que manifestamos:

«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. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex Artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”. Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a *lex artis*, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

2. Pues bien, con base en la doctrina expuesta, hemos de cimentar nuestro juicio en el supuesto concreto sometido ahora a nuestra consideración:

2.1. La propuesta de resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender -el órgano instructor- que no concurren los requisitos exigibles para poder apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. Así, y en atención a lo recogido en los diversos informes evacuados a lo largo del procedimiento administrativo (en especial, el informe del SIP), se concluye que no ha quedado acreditada la mala praxis en la atención sanitaria dispensada al marido de la reclamante.

Más concretamente, tal y como señala la propuesta de resolución, «a la vista de la reclamación formulada, de los informes recabados, las grabaciones y de acuerdo con el análisis efectuado por el Servicio de Inspección y Prestaciones (folios 121 a 123 y 126 a 135), se concluye que no hubo denegación de asistencia al esposo de la reclamante, ni retraso en la misma, habiéndose puesto a su disposición los medios precisos. Dichos medios en un primer momento fueron rechazados por el paciente y cuando se produce la segunda llamada, esta vez efectuada por la reclamante, se activaron los recursos necesarios a pesar de lo cual, se produjo que el fallecimiento del esposo de la reclamante por infarto agudo de miocardio, no existiendo por consiguiente relación causal entre dicha asistencia sanitaria y el daño por el que se reclama. La actuación sanitaria se adecuó a la *lex artis* (...)».

2.2. Resulta especialmente ilustrativo a este respecto el contenido del informe del SIP (folios 126 a 135 de las actuaciones); en el que, tras el estudio de la información facilitada por los reclamantes y la empresa pública GSC, así como la historia de salud del paciente, se ponen de manifiesto los antecedentes del caso y la sucesión cronológica de los hechos acaecidos:

«1.- Dislipemia. Hipertensión arterial en tratamiento. Omalgia derecha de años de evolución.

2.- En fecha 9 de abril de 2017 a las 04:48 horas el propio paciente realiza, desde su domicilio, llamada al CECOES -112-. Solicita que le pasen con un Médico o que le envíen un Médico a domicilio.

La operadora le toma los datos personales y le pregunta sobre el motivo de su demanda. Expone el paciente que tiene, desde hace dos o tres días, un dolor interno a ambos lados del pecho, en los dos brazos que le tira a la espalda y a la base de la boca, del cuello. Además, le duelen mucho los bíceps. Califica el dolor como muscular, aunque duda.

Se le pregunta por los antecedentes y expresa que es hipertenso pero que está controlado. Añade que está “sin fuerzas que no puede moverse, no puede nada” por lo que solicita le vayan a ver.

La llamada es transferida a la Médico Coordinadora del SUC (Servicio de Urgencias Canario). A las cuestiones del Médico la información que le traslada el paciente es que tiene dolores desde hace tres días pero no tan seguidos, dolores que, describe, parten debajo de las axilas hacia los hombros y debajo de la boca, añade que “es como una tensión bestial”. Además, se queda sin fuerza.

La respuesta dada, por la Médico Coordinadora fue que para lo expuesto debe ir al Centro de Salud a fin de que lo valoren. El paciente vuelve a solicitar un Médico para que lo vean en domicilio ya que no se puede mover.

La Médico le comunica que ante la situación que describe y con 50 años y la hora no le puede mandar un Médico a domicilio, añade que "lo más que puedo mandar es una ambulancia si usted no se puede mover". Si está muy mal le mando una ambulancia para el traslado al Centro de Salud.

Insiste la médica con la pregunta ¿Le mando una ambulancia? y el paciente declina esta posibilidad, confirma que no.

En informe de esta primera llamada destaca que el paciente contestaba y respiraba con normalidad, el antecedente de hipertensión arterial y en el apartado de información adicional dolor en tórax, ambos brazos, espalda y cuello con inicio hacía pocos días.

Esta primera llamada iniciada a las 04:48:23 horas del día 9 de abril de 2017 finaliza a las 04:54:57 horas.

Se anota en observaciones a las 04:55:21 horas "le digo que le mando la ambulancia y no quiere (...) quiere médico".

3.- A las 05:05 horas del mismo día, 9 de abril de 2017, se realiza una nueva llamada, esta vez por su esposa que solicita ayuda porque "a su marido la está pasando algo" que desconoce.

En el momento de la llamada no sabe si respira, pero cree que no.

Tras la alerta (llamada) se moviliza, de inmediato (05:06:10 horas), una ambulancia urgente de SVB (soporte vital básico) y una de SVA (soporte vital avanzado -medicalizada-) y se pone en contacto a la alertante con la Médico Coordinadora a fin de dar indicaciones de actuación mientras llegan los recursos enviados.

Ante la confirmación, por una tercera persona, de que el paciente no respira se facilitan indicaciones para masaje cardíaco.

A la llegada al domicilio el personal del recurso medicalizado (05:14.03 horas) informa al Servicio de Urgencias Canario (SUC) que el paciente se encontraba en situación de parada cardiorrespiratoria y que pese al tratamiento instaurado no se obtuvo respuesta, siendo declarado fallecido.

En el informe del incidente, en esta segunda llamada, destaca en relación al apartado consciencia sensación de desmayo; en el de inicio del problema inmediato y en el correspondiente a respiración NS/NC.

Los tiempos con respecto a los recursos movilizados:

ASVB: Activación a las 05:06:10 horas. Movilización: 05:07:22 horas. Llegada al domicilio: 05:13:41 horas. Finalización: 05:58:32 horas.

ASVA: Activación a las 05:06:29 horas. Llegada al domicilio. 05:14:03 horas. Finalización: 05:58:04 horas.

4.-Realizada autopsia, se sitúa la data de la muerte aproximadamente entre las 5 y las 6 horas del 9 de abril de 2017. Se destaca:

Pulmones congestivos (...). Al corte del parénquima se observa congestión y signos de edema pulmonar abundante (...).

Cardiomegalia a expensas del VI, disminución severa de la cavidad.

Arterioesclerosis coronaria con la siguiente repercusión: Obstrucción del 50% de la arteria coronaria derecha; obstrucción del 50% de la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda y obstrucción del 50% de la rama circunfleja de la arteria coronaria izquierda.

Congestión del miocardio, dilatación de cavidades y área de lesión isquémica reciente en la cara anterior del tabique ventrículo izquierdo, y una zona cicatricial antigua de 0,8 mm en una zona paralela a la isquemia aguda por el lado izquierdo.

Como causa inicial o fundamental del fallecimiento se informa de un cuadro de descompensación de cardiopatía isquémica crónica, tal y como se describió en el estudio de la víscera cardíaca, responsable de la lesión miocárdica apreciada en el ventrículo izquierdo. Concreta, descompensación de cardiopatía isquémica crónica, en el curso de una severa ICI, de probable origen hipertensivo. Como causa inmediata infarto agudo de miocardio».

A la vista de lo anterior, el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud formula las siguientes conclusiones:

«1.- La reclamante afirma "no asistencia a su marido" y menciona relación causal entre ésta, traducida en "tardanza en la actuación médica" y el fallecimiento de (...)

Como argumentos de base para esta afirmación expone:

* Que tras una primera llamada realizada por (...) al 112 en la que comunica "dolor que comenzaba en las axilas, continuaba hasta la mandíbula y se quedaba sudando y sin fuerzas" recibe como respuesta "a un paciente con 50 años no se le puede mandar una ambulancia, que acuda a su centro de salud".

* La proximidad de su domicilio al Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín donde se encontraban las ambulancias.

* Que se realiza una segunda llamada, aproximadamente a los 17 minutos de la anterior, en la que la reclamante comunica "que su marido se estaba asfixiando". Como respuesta a esta segunda alerta se moviliza una ambulancia soporte vital básico y una ambulancia soporte vital avanzado. Que el tiempo transcurrido "pudiera ser definitivo para salvar la vida del difunto".

* Que (...) era hipertenso por lo que cuestiona que si "de haberse tratado tras la primera llamada su problema de hipertensión podría haberse controlado la descompensación isquémica crónica y con ello la severa ICI".

2.- No se observa negativa de actuación por el SUC.

En la primera llamada, realizada a las 04:48:23 horas y finalizada a las 04:54:57, se solicita directamente por (...) hablar con un Médico o que le envíen un Médico a domicilio. Como respuesta:

La llamada se transfiere a la Médico Coordinadora del SUC que habla con el paciente sobre el motivo de la alerta.

Tras la conversación mantenida se le indica que debe ir a un Centro de Salud para que le valoren y se le ofrece una ambulancia para el traslado tras insistir el paciente que solicita un Médico en el domicilio ya que no se puede mover. El paciente rechaza el recurso ofrecido.

La Médico insiste en preguntar si le envía una ambulancia para su traslado a centro sanitario y el paciente vuelve a rechazar el recurso ofrecido.

En la segunda llamada se moviliza dos tipos de vehículos sanitarios ASVB y ASVA y se dirige la asistencia telefónicamente desde el inicio de la llamada hasta la llegada de los recursos movilizados.

3.- La decisión de la Médico Coordinadora del SUC, expuesta en el apartado anterior, estuvo condicionada por la información transmitida directamente por el paciente.

Destaca llamada por el propio paciente que mantiene conversación adecuada, que el dolor lo presentaba desde hacía tres días, el antecedente de hipertensión controlada con el tratamiento, la mención por el paciente de posible dolor muscular y el rechazo que el mismo realiza de vehículo de transporte sanitario para su traslado.

Se añade que en el informe realizado por la Médico sobre esta primera llamada se recoge que "el paciente contestaba y respiraba con normalidad".

Por lo expuesto, la Médico decidió que el paciente precisaba valoración en centro sanitario.

4.- El tiempo que transcurre entre la finalización de la primera llamada y el momento de producirse la segunda llamada, tras la cual se moviliza los recursos ASVB y ASVA, es de aproximadamente 10 minutos.

Por otra parte, el recurso ofrecido en la primera demanda de asistencia fue ambulancia para el traslado del paciente que por los recursos disponibles a la hora de la llamada se trataría de ASVB. En la segunda demanda de asistencia se moviliza un vehículo ASVB y una unidad de ASVA, trascurriendo un tiempo de 7 minutos 31 segundos desde la activación hasta la llegada a domicilio de la ASVB y aproximadamente 8 minutos en el caso de la ASVA.

Se añade que nos ha informado el SUC, en concreto refiriéndose a la ASVA, que estos periodos de tiempos corresponden a “la llegada de las unidades al portal del edificio del paciente (que es lo que aparece en la ficha informática como “hora de llegada”). No consta en dicha ficha la hora de asistencia (que es el momento del contacto físico con el paciente para su tratamiento), sin embargo, al tratarse de un edificio de varias torres y patio central, calculamos que este contacto físico para su asistencia hubiese tardado otros 4 minutos más”.

Por otra parte, el paciente desde la situación de ser capaz de realizar una llamada de teléfono que se mantiene durante aproximadamente 7 minutos, durante los cuales no se detectó dificultad respiratoria, pasa en el margen de 10 minutos a una situación crítica no revertida a pesar de los esfuerzos.

Además, informa el SUC que cuando los recursos sanitarios llegan al domicilio el paciente se encontraba en PCR en fibrilación ventricular.

De lo anterior se puede colegir:

De haberse aceptado el recurso ofrecido en la primera llamada la actuación del técnico de la unidad ASVB se pudo haber iniciado en el margen de 7-11 minutos desde la finalización de la llamada.

De haberse movilizado la unidad ASVA tras la primera llamada la actuación se pudo haber iniciado en el margen de 8-12 minutos desde la finalización de la llamada.

En ambos casos la llegada del recurso no se podía haber ría materializar antes de la entrada del paciente en estado crítico.

No obstante lo anterior, nos informa el SUC que a la llegada del recurso ASVA al domicilio, “el paciente se encontraba en PCR en fibrilación ventricular, lo que indica que hacía muy poco tiempo que el paciente estaba en parada cardíaca cuando llegó al unidad. En una situación así, por lo general hay tiempo para revertir el evento, si no fue revertida ha sido por la gravedad del evento que le ha provocado la muerte”».

2.3. Examinado, pues, el contenido del expediente el reclamante no ha aportado ningún elemento probatorio que permita considerar demostrado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar en este caso la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria; y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la propuesta de resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En efecto, en los términos indicados ha de concluirse -siguiendo particularmente lo ya informado por el SIP y, como decimos hora también, a falta de prueba en contrario por parte de la interesada- que no concurren los requisitos necesarios para

la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria: no existen evidencias de denegación de asistencia sanitaria, y, mucho menos, de que ésta resultara contraria a la *lex artis ad hoc*. Como bien señala la propuesta de resolución, «(...) se ha acreditado debidamente que el tiempo de movilización de los recursos ha sido adecuado, y desgraciadamente, a pesar de la asistencia sanitaria prestada no se pudo revertir la parada cardiorrespiratoria que sufrió el paciente».

En este sentido, resulta concluyente también la afirmación contenida en el informe del Director Territorial del Servicio de Urgencias Canario, de 11 de abril de 2018, respecto al estado del paciente a la llegada del recurso sanitario al domicilio y la actuación practicada por los sanitarios: «a la llegada de los dos recursos 33.90 (medicalizada) y 33.44 paciente en PCR en Fibrilación Ventricular, esto indica que hacía muy poco tiempo que el paciente estaba en parada cardíaca cuando llegó la unidad. En una situación así, por lo general hay tiempo para revertir el evento, si no fue revertida ha sido por la gravedad del evento que le ha provocado la muerte».

Por tanto, como ya se indicó en el Dictamen 173/2015, de 6 de mayo, «el fallecimiento causado por el desarrollo de una enfermedad mortal solo se podría imputar a la actuación de los médicos que han atendido al paciente en el caso de que éstos hayan omitido la aplicación de los medios y de las actuaciones terapéuticas adecuadas y correctas que hubieran impedido ese resultado de muerte.

Si su actuación ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, entonces ese resultado no se puede imputar a su actuación sino pura y exclusivamente al curso natural de la patología que la ciencia médica no pudo atajar. En un caso así no hay nexo causal entre la asistencia médica prestada y el fallecimiento, por lo que es imposible jurídicamente que por éste responda patrimonialmente el servicio público de la sanidad por cuya cuenta actúan los facultativos a su servicio».

2.4. La anterior conclusión, por lo demás, sigue la línea marcada por este Consejo Consultivo en supuestos similares al actual. Así, se puede traer a colación lo manifestado por este órgano consultivo en Dictamen 478/2018, de 23 de octubre:

«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* (...).

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 del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) frente al Servicio Canario de la Salud, se entiende conforme a Derecho.