



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 354/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 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 (...), en su propio nombre y representación de su esposo (...) y (...), (...) y (...) en su propio nombre, por la asistencia sanitaria prestada a (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 318/2019 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de exigencia de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por (...), (...), (...) y (...) reclamando una indemnización por los daños causados a su esposo y padre, supuestamente por el funcionamiento del SCS.

2. Se reclama la cantidad de 920.134,82 euros, cantidad superior a 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), 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 Común de las

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

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

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2. d) y la disposición final séptima de la 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 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. La reclamante ha acreditado su condición de representante legal de su marido al haber sido declarado incapaz judicialmente, por lo que está legitimada activamente para reclamar por los daños presuntamente causados, conforme a lo previsto en el art. 31 LRJAP-PAC, en relación con el art. 4.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado en virtud del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

La legitimación pasiva la ostenta la Administración Sanitaria, al ser titular del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño supuestamente causado.

4. El fundamento fáctico de la pretensión indemnizatoria descansa en el escrito de reclamación formulado ante la Administración pública sanitaria, así, en virtud del mismo se indica:

«(...) aproximadamente a las 7:45 horas del día 3 de abril de 2014 mientras (...) desarrollaba sus labores profesionales en el antedicho Bar, y en compañía de su clientela, sufrió un desvanecimiento que le hizo caer desplomado al suelo con pérdida de conciencia.

TERCERO.- Que de forma inmediata se procedió por parte del cliente (...) a llamar al Centro coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (112- Teléfono de Emergencias) comunicando e informando de lo ocurrido a (...), solicitando que enviaran de forma urgente asistencia médica.

CUARTO.- Que ante la tardanza de la ambulancia procedió a reiterar hasta al menos cuatro ocasiones la llamada al 112 a fin de que enviaran de forma inmediata y urgente la asistencia médica requerida -incluso comunicando al interlocutor del servicio de emergencia la gravísima sintomatología que mostraba el enfermo (...).

QUINTO.- Que no obstante la reiteración del auxilio solicitado, y ante la falta de respuesta efectiva, la esposa de (...), la citada (...) se trasladó con su propio vehículo al centro de salud de Tamaraceite para solicitar asistencia urgente, atendiéndola allí el Dr. (...), quien se trasladó en su vehículo, y junto con otro miembro del personal sanitario, hasta el lugar de los hechos para asistir al enfermo.

SEXTO.- Que al tiempo de la llegada del Dr. (...) al Bar para asistir al (...) se acababa de producir la llegada de asistencia médica remitida por el 112 mediante el envío de dos ambulancias de las que una de ellas era al parecer medicalizada.

SÉPTIMO.- Que desde que se realizó la primera de las llamadas al Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias hasta que llegó la ambulancia transcurrieron más de 40 minutos (...).

(...)

UNDÉCIMO.- El hospital (...) emite con fecha 29 de enero de 2015 un informe evolutivo del que debemos resaltar entre otros, los siguientes extremos:

(...) El paciente está en situación de daño cerebral grave tras parada cardíaca prolongada por fibrilación ventricular revertida, con estado de conciencia mínima estable, sin secreciones, con algunas heridas superficiales en las piernas por daño contra la barandilla, realizando rehabilitación y en ocasiones parece responder a las preguntas, pero su estado de conciencia es bajo aunque oscilante previsiblemente no cabe esperar mejoría sustancial, siendo dependiente para todas las actividades de la vida diaria.

(...)

DECIMOSEXTO.- Que de lo hasta aquí expuesto y acontecido, y de forma principal del injustificado y fatal retraso en la prestación de la asistencia sanitaria requerida a favor de (...) a través del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias (112) se deriva una clara responsabilidad patrimonial de la Administración a la que nos dirigimos que ha ocasionado a aquel una incapacidad permanente en grado de gran invalidez de carácter irreversible (...).

Por todo ello, los interesados solicitan una cantidad que asciende a 920.134,82 euros, correspondientes a la indemnización básica por lesiones permanentes, perjuicios económicos, daños morales complementarios, grandes inválidos necesidad de ayuda a tercera persona, y perjuicios morales de familiares.

5. La reclamación se ha presentado oportunamente el 1 de abril de 2015, antes de que hubiese transcurrido el plazo de un año desde que se manifestara su efecto lesivo, por lo que no puede calificarse de extemporánea.

6. 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, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la resolución de 23 de diciembre de 2.014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2.004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

II

1. En la tramitación del procedimiento se han realizado los siguientes trámites:

- Tras la presentación de la reclamación ante el SCS, se requiere a la interesada a efecto de subsanar y mejorar la reclamación formulada, aportando con fecha 28 de abril de 2015, la información solicitada y comunicando autorización para el acceso a los datos obrantes en la historia clínica del paciente.

- La reclamación fue admitida a trámite por Resolución de 21 de mayo de 2015, de la Secretaria General del SCS, resolviéndose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido en la LRJAP-PAC y RPAPRP.

- Se solicitó al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que emitiese su informe sobre los hechos expuestos en la reclamación a la vista de la Historia Clínica y de los servicios correspondientes, en especial del servicio cuyo funcionamiento hubiera podido ocasionar la presunta lesión indemnizable. Por lo que en fecha 5 de septiembre de 2016 fue emitido el citado informe del SIP al que se adjunta copia de la documentación clínica.

- Con fecha 16 de mayo de 2016 fue emitido informe por el Director Territorial del SUC Las Palmas.

- Con fecha 1 de diciembre de 2016 fue dictado acuerdo probatorio admitiéndose las pruebas propuestas, salvo las testificales que motivadamente fueron inadmitidas en el referido acuerdo.

- Se confirió trámite de Audiencia a la interesada mediante Acuerdo de 30 de noviembre de 2017, notificado oportunamente a la interesada. Por lo que formuló alegaciones ratificándose en los hechos expuestos en la reclamación inicial e insistiendo en que hubo demora en la asistencia sanitaria señalando, entre otros, que el Centro de Salud de Tamaraceite carecía de servicio de ambulancias, que existen contradicciones en los distintos informes y datos proporcionados por el sistema de geolocalización, etc. Por parte de Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC) se emite informe contestando a cada una de las alegaciones realizadas por la interesada en fecha 8 de febrero de 2018, siendo puesto en conocimiento de la misma, que presenta a su vez nuevo escrito de alegaciones el 28 de febrero de 2018.

- La propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones de los reclamantes fue informada favorablemente por el Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias con fecha 6 de agosto de 2018.

- Con fecha 8 de agosto de 2018, se emite la Propuesta de Resolución, con sentido desestimatorio al considerar el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

- En fecha 12 de diciembre de 2018, se emitió el Dictamen 558/2018, de este Consejo, mediante el que solicitamos la retroacción del procedimiento a efectos de que se practicara la prueba testifical propuesta por la interesada para poder determinar la hora de llegada de los recursos al lugar de la asistencia.

- El citado Dictamen se notificó tanto a los reclamantes como al SCS. Sin que por parte de los reclamantes se aportara la información necesaria para la práctica de la prueba, ni formularan alegación alguna, dándose por precluido el trámite. Por parte de Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad de Canarias se aporta informe sobre los tiempos determinados entre la llamada a la ambulancia, la geolocalización y la asistencia médica prestada al afectado.

- En fecha 24 de abril de 2019, se notificó oportunamente el trámite de audiencia a la reclamante, sin que haya presentado escrito de alegación.

- En fecha 26 de agosto de 2019, se emite la Propuesta de Resolución, desestimando igualmente la reclamación presentada.

2. Conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de 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.

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

III

1. La causación de los daños alegados se imputan a la asistencia sanitaria que prestó al reclamante el SCS concretamente el Servicio de Urgencia Canario (SUC), pues consideran que la demora del SUC en asistir al afectado fue determinante en las secuelas que ahora éste padece y por tanto consideran los interesados que hubo una pérdida de oportunidad en la recuperación satisfactoria del paciente.

2. El SIP en su informe nos indica, a la vista de la historia clínica del paciente, la siguiente sucesión cronológica de hechos:

«(...) El día 03-04-2014 Informe asistencial ambulancia Sanitarizada/Medicalizada: Indicativo; (33.82). Hora de Activación: 8,10 Hora de Finalización intervención a las 9:25:07.

"Acudimos a paciente en PCR no presenciada. Se inicia RCP con monitorización con DEA y se precisó desfibrilación (hora de 1 descarga a las 08,19horas). Llegó la medicalizada y se comenzó RCP avanzada".

Traslado por unidad 33.90 a Hospital Dr. Negrín.

Informe asistencial ambulancia sanitarizada/medicalizada consta: Indicativo (33.90). Hora de Activación: 08:15:26

"Varón de 60 años. Aviso por síncope. A nuestra llegada paciente en PCR. Primer ritmo monitorizado es F.V y choque eléctrico asistolia – Dea (desfibrilador externo automático) FV choque Ciclo x 7 ocasiones obteniéndose ritmo y pulso finalmente + respiración espontánea. Sedorelajación para traslado.

Diagnóstico: PCR revertida.

Tiempo RCP: 25 minutos".

A su llegada al lugar de los hechos [(...) en el Barrio de la Suerte en Tamaraceite] objetiva FV iniciando RCP desfibrilando un total de 9 veces, pasa a asistolia y disociación electromecánica, durante la RCP se administra medicación pertinente. Tras 25 minutos de

RCP avanzada durante la cual se procede a IOT+VML, es revertida la PCR y es trasladado al servicio de Medicina Intensiva del HUGCDRN.

- A su llegada a Medicina Intensiva se detecta BRIHH (bloqueo de rama izquierda haz de His) disfunción VI global moderada-severa con peor contractilidad ántero-septal y asincronía practicándosele Cateterismo y Coronariografía de emergencia que mostró coronarias sin lesiones con dominancia derecha. Disfunción VI global severa con Fracción de Eyección (FE) del 31% con PTDVI de 20mmhg, sin observarse afectación valvular ni patología aórtica.

Durante su estancia en UMI se constata en TAC craneal daño cerebral por anoxia, precisando inicialmente tratamiento anticonvulsivante por Estatus convulsivo.

Se realizó traqueostomía percutánea el día 22-04-2014. Ha realizado varias infecciones nosocomiales incluyendo neumonía por pseudomonas multirresistentes.

En situación de mínima conciencia con CGS (O4V1M5) con fecha 21-05-2014 es trasladado a planta de Medicina Interna (...).

Durante su estancia en planta de Medicina Interna se ha retirado traqueostomía y se ha colocado gastrostomía para alimentación y tratamiento sin presentar complicaciones. De acuerdo con la Unidad de Valoración geriátrica se solicita traslado a Centro Concertado. Durante el ingreso ha mejorado desde el punto de vista neurológico y mantiene la sedestación. Dándose Alta el día 09-06-2014.

El día 13-06-2014 en respuesta Interconsulta a Unidad Valoración Geriátrica del Hospital Universitario de GC Dr. Negrín Consta: " Se trata de un paciente con secuelas neurológicas tras PCR que precisa de cuidados en Centro Concertado".

El día 9 de julio de 2014 el paciente ingresa en Hospital (...) por traslado desde el Hospital Insular (...).

NOTA: El paciente está en situación de daño cerebral grave tras parada cardiaca prolongada por fibrilación ventricular revertida con estado de conciencia mínima, estable, sin secreciones, con algunas heridas superficiales en las piernas por daño contra la barandilla, realizándose rehabilitación y en ocasiones parece responder a las preguntas, pero su estado de conciencia es bajo aunque oscilante y previsiblemente no cabe esperar mejoría sustancial, siendo dependiente para todas las actividades de la vida diaria.

(...) El día 28-08-2014 el Instituto Nacional de la Seguridad Social dictó resolución, mediante la que se declaró la incapacidad permanente, en grado de GRAN INVALIDEZ de (...).

C.- CONSIDERACIONES

Fibrilación Ventricular.

La fibrilación ventricular (FV) es un tipo de arritmia caracterizado por una frecuencia cardiaca muy rápida (taquiarritmia) y la ausencia total de contracciones eficaces de los

ventrículos lo que provoca que no llegue sangre a los órganos vitales provocando una parada cardiaca.

Es importante saber que es una arritmia muy grave que puede provocar la muerte si no se atiende de forma urgente. Es una de las causas más frecuentes de muerte tras un infarto de miocardio.

Una persona que presenta un episodio de fibrilación ventricular súbitamente se desmayará o quedará inconsciente, debido a que el cerebro y los músculos han dejado de recibir sangre desde el corazón.

Causas de fibrilación ventricular.

En condiciones normales el corazón se contrae de forma rítmica y sincrónica. Esta contracción es el resultado de un impulso eléctrico que se genera en la aurícula llega al ventrículo y se traduce en un latido cardiaco. En una arritmia se produce una alteración de este mecanismo que conduce a que el corazón no se contraiga de manera regular generando un trastorno del ritmo.

El corazón bombea sangre a los pulmones, el cerebro y otros órganos. La interrupción de los latidos cardiacos durante sólo unos segundos puede llevar a desmayo (síncope) o paro cardiaco.

La fibrilación es una contracción o temblor incontrolable de fibras musculares (fibrillas). Cuando ocurre en las cámaras bajas del corazón, se denomina fibrilación ventricular. Durante la fibrilación ventricular, la sangre no sale del corazón, dando como resultado la muerte cardiaca súbita.

La causa más común de fibrilación ventricular es un ataque cardiaco; sin embargo, dicha fibrilación puede ocurrir en cualquier momento que el corazón no reciba suficiente oxígeno o si la persona tiene otros trastornos cardiacos (...).

El tratamiento de la fibrilación ventricular.

La fibrilación ventricular es una emergencia médica y debe tratarse inmediatamente para salvar la vida de la persona.

Si una persona que presenta un episodio de FV se desmaya o queda inconsciente en su casa, llame al número de emergencias 112.

Mientras se espera la ayuda, coloque la cabeza y el cuello de la persona en línea con el resto del cuerpo para ayudar a facilitar la respiración. Inicie la RCP. Con respiración boca a boca y compresiones pectorales hasta que llegue la ayuda.

La FV se trata aplicando un choque eléctrico rápido a través del pecho utilizando un dispositivo llamado desfibrilador externo. El choque eléctrico puede restablecer inmediatamente el latido cardiaco a un ritmo normal (...).

Pronóstico.

La fibrilación ventricular puede llevar a la muerte en cuestión de unos pocos minutos o días. La tasa de supervivencia para una persona que tiene un ataque de fibrilación ventricular por fuera del hospital oscila entre un 2 y un 25%.

Complicaciones.

La complicación más común de la fibrilación ventricular es la muerte súbita, que es la muerte que ocurre dentro de la hora siguiente después de comenzar los síntomas.

Para los sobrevivientes de una fibrilación ventricular, las complicaciones abarcan:

Coma.

Problemas neurológicos similares a los accidentes cerebrovasculares.

Disminución de la lucidez mental.

D.- CONCLUSIONES

(...) En base al Informe del Director Gerente de la empresa pública (...). En adelante GSC y de los Informes de las ambulancias Sanitarizada Unidad n°33.82 y la ambulancia Medicalizada unidad n°33.90 comprobamos que la cronología de la asistencia realizada por el Servicio de Urgencias canario el día 3-04-2014 (...).

Primera llamada: Hora de alerta recibida en el CECOES 112: 8:07:29.

Hora de recepción de la llamada en el SUC: 08:08:53

Durante el interrogatorio realizado por el médico coordinador el alertante queda de manifiesto que el afectado "está inconsciente en el suelo y respira poco", desconociendo si existe algún antecedente patológico. Ante ello, el médico coordinador asigna Ambulancia Sanitarizada a las 08:09:57 (unidad con indicativo 3382), siendo activada a las 08:10:12.

Lo cual coincide con el registro de la nota de la ambulancia.

Segunda llamada: A las 08.12.58 hora se recibe una nueva llamada de (...) alertante.

A las 08:14:14 horas el médico coordinador atiende esta llamada y, durante el interrogatorio realizado por el médico coordinador a este alertante queda de manifiesto que el "el señor está tirado en el suelo y colorado", "no respira". Ante la sospecha de Parada Cardiorrespiratoria, el médico inicia teleasistencia de maniobras de RCP básica con el alertante (colocarlo boca arriba en una superficie dura, colocación apropiada de las manos, compresiones torácicas a la altura de las mamas), activando paralelamente la ambulancia de soporte vital avanzado (unidad 33.90), que se moviliza a las 08:18:55 horas (tiempo de movilización: 3 minutos y 29 segundos).

Tercera llamada: A las 08:22:44 horas se recibe una llamada de alertante, no identificado, donde recoge y confirma la dirección donde se encuentra el afectado, reclama "la ambulancia" que se solicitó, según le dicen; "hace un cuarto de hora". La operadora le responde "la ambulancia va de camino, le voy a pasar con el gestor para que le indique (...)".

En la hoja de ruta de la Ambulancia Sanitarizada (la primera en acudir), señala la llegada a las 8:18, así como el modelo de hoja de registro de datos en caso de utilización del DESA, en el que señala como hora de primera descarga las 08:19.

El programa informático de geolocalización que tienen implantados los sistemas de radio de los recursos, y que dejan constancia del lugar exacto en el que se encuentran las ambulancias en determinados momentos horarios, nos permite comprobar de dichos datos lo siguiente:

a) Respecto a la ambulancia 33.82 (Sanitarizada): a las 08:12:42 horas se encontraba en el centro de Salud de Canalejas, sin embargo a las 08:27:26 horas. SE ENCONTRABA EN LA CALLE (...), prestando asistencia a (...).

b) Respecto a la ambulancia 33.90 (Medicalizada): a las 08:12 no se había activado aún, por lo que se encontraba en su base, en el Hospital Doctor Negrín, sin embargo a las 08:27:50 horas SE ACREDITA QUE SE ENCONTRABA EN LA ESQUINA DE LA CALLE (...).

Haciéndonos eco del Informe del SUC concluimos: "Por tanto, de los datos resultantes de las aplicaciones informáticas, se extrae que a las 08:07 se recibe la primera llamada, a las 08:22 horas se recibe la última llamada preguntando por la ambulancia, y a las 08:27 ya se encontraba prestando asistencia la ambulancia sanitarizada".

Continuando con el Informe del director Territorial del SUC de las Palmas coincidimos en las siguientes conclusiones:

"En definitiva, no podemos acreditar desde cuanto tiempo antes, pero se desprende que, sin dudas, la asistencia prestada en el margen horario va desde las 08:22 y las 08:27. Por tanto, de ello se concluye con la afirmación de que la asistencia efectiva se prestó entre 15 y 20 minutos de la entrada de la alerta, y no en los 40 minutos que aduce el reclamante.

Consideramos pues que los recursos solicitados para atender al paciente fueron puestos al servicio del mismo en tiempo y forma desde el primer minuto en que fueron solicitados basándonos en los registros de llamadas en el SGC y en los informes de las ambulancias, así como en el Informe emitido por el coordinador del 112 (...).

Concluimos que no procede reclamación, pues en todo momento se actuó según *lex artis ad hoc*.

3. El nuevo informe recabado por la Instrucción, tras la retroacción del procedimiento, nos indica que «estos tiempos ofrecidos contrastan con el "tiempo sentido" de las personas participantes en una situación de emergencia. Éstos no son nunca precisos.

Ello no está relacionado en modo alguno con la intencionalidad del sujeto: él lo siente así, pero en modo alguno suele coincidir, ni mucho menos con la realidad. Pero tampoco tiene que coincidir con el tiempo señalado a mano en el parte de asistencia por parte del miembro del equipo de la ambulancia. Éste puede haberse hecho -incluso- a posteriori de la asistencia, y ser una mera estimación (...) Pruebas objetivas y fiables como lo son las fotografías que, mediante la geolocalización, acreditan que, en un rango de 10 minutos, los vehículos se encontraban en el lugar de la asistencia. Ello puede no probar la hora exacta en el que la asistencia se realizó, pero desde luego sí que puede hacerlo respecto a que el tiempo máximo se encuentra entre las 08:22 (hora de la última llamada reclamando una ambulancia) y las 08:27 (hora en la que aparecen los registros de geolocalización los recursos en el domicilio. Difícilmente las declaraciones de los testigos propuestos por la parte reclamante podrán precisar un rango de tiempo menor, y desde luego, por las circunstancias ya expuestas, no de modo objetivo fiable (...)).»

4. En atención a la pérdida de oportunidad, desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño. La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003). «En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009). Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la

garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014) (Doctrina reiterada en los DDCC 171/2016 y 152/2017).

5. Por tanto, a la vista de la reclamación formulada, de los informes recabados, las grabaciones y de acuerdo con el análisis efectuado por el SIP, y demás documental obrante en el expediente se concluye que no nos encontramos ante un retraso injustificado en la asistencia sanitaria que se prestó al afectado, familiar de los reclamantes, ya que se ha llegado a trasladar al expediente la veracidad de los hechos expuestos por la Administración sanitaria.

Por un lado, en cuanto a las ambulancias, la sanitarizada partió del Centro de Salud de Canalejas y la ambulancia de soporte vital del Hospital Doctor Negrín, y si bien es cierto que la ambulancia de Soporte Vital Básico que cubre la zona de Tamaraceite se encuentra en la zona industrial de La Cazuela a 7 minutos de Tamaraceite, hay que tener en cuenta que ante la gravedad de la situación dicha ambulancia era insuficiente para prestar la asistencia precisa al interesado, por lo que se optó por desplazar la ambulancia sanitarizada para prestar una mejor atención. De otro lado, en relación con el hecho de que las unidades no dieran comunicación de la hora de llegada, se comprende por la urgencia vital del paciente dándose prioridad en asistirlo y no en anotar la hora de llegada como resultaría lógico y justificado ante cualquier situación de urgencia.

Por otro lado, en relación al motivo principal de la reclamación se ha llegado a constatar que no trascurrieron 40 minutos desde que se realizó la primera llamada hasta que el paciente recibió la asistencia médica, pues con base en los informes obrantes en el expediente se ha llegado a constatar que entre la hora de la primera llamada 8:07:29. h., recepción de la llamada en el SUC 08:08:53, asignación de la Ambulancia Sanitarizada a las 08:09:57 h., activada a las 08:10:12 y llega a las 8:18, realizándosele la primera descarga las 08:19 h. Los tiempos entre la segunda llamada y la asistencia médica son los siguientes, se realiza a las 08:12:58 h., a las 08:14:14 horas el médico coordinador atiende esta llamada y se realiza el interrogatorio con teleasistencia de maniobras de RCP básica con el alertante, se activa paralelamente la ambulancia de soporte vital avanzado (unidad 33.90), que se moviliza a las 08:18:55 horas (tiempo de movilización: 3 minutos y 29 segundos), por lo que el tiempo de respuesta osciló en la primera ambulancia entre los 10 y 20 minutos y en la segunda ambulancia unos 10 minutos.

6. Respecto a la actuación médica prestada con ocasión de la FV soportada, estado clínico que causó la pérdida de conocimiento y parada cardio respiratoria del paciente, desde el primer momento que se tuvo conocimiento de los hechos en la sala de operaciones del Servicio de Emergencia 112 se actuó según la *lex artis ad hoc*, tanto en cuanto a la teleasistencia con las maniobras de RCP básicas como en cuanto al personal de las ambulancias que iniciaron el tratamiento preciso de forma inmediata, según consta registrado en los informes médicos, que realizaron la cardioversión con el desfibrilador, iniciando las maniobras de RCP, continuando con la intubación orotraqueal y ventilación del enfermo, monitorización y control de las constantes vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, y concentración de oxígeno en sangre). Administración de fármacos endovenosos para restablecer y mantener el ritmo cardiaco y la presión arterial y la posterior sedación y traslado en ambulancia medicalizada al Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Insular.

7. Con todo se concluye con la afirmación de que la asistencia efectiva en ambulancia se prestó entre 10 y 20 minutos de la entrada de la alerta, esto es, dentro de los márgenes normales de tiempo en ser asistido por una ambulancia, y no en los 40 minutos que aduce el reclamante sin que haya practicado prueba en este sentido, ni presentado nuevo escrito de alegaciones tras la retroacción del procedimiento. Por ello consideramos que los recursos solicitados para atender al paciente fueron puestos al servicio de este en tiempo y forma desde el primer minuto en que fueron solicitados con base en los registros de llamadas en el SGC y los informes de las ambulancias, así como en el informe emitido por el Coordinador del 112. Además, se cumplió con el protocolo a seguir en estos supuestos de urgencias pues el médico indicó la teleasistencia de maniobras de RCP básica con el alertante.

Por todo ello, concluimos con que la actuación llevada a cabo en atención al tiempo utilizado por el personal sanitario para desplazarse al lugar de los hechos fue el necesario según la *lex artis ad hoc*, siendo correcta la actuación en todo momento pues el paciente fue asistido por los facultativos de las ambulancias -sanitarizada y medicalizada- correctamente, realizándole las maniobras de RCP básica y RCP avanzada que estimaron pertinentes, se utilizaron los recursos médico-sanitarios puestos a disposición del paciente desde el primer momento.

8. En consecuencia, se pusieron a disposición del afectado los medios precisos para intentar salvarle la vida como así se consiguió, los daños que actualmente

padece son consecuencia de la parada cardiorrespiratoria sufrida sin que pudieran evitarse aquellos a pesar de la asistencia prestada ya que las secuelas que ahora sufre son propias de un episodio como el soportado por el paciente.

Por lo anteriormente expuesto, no puede exigirse de la Administración una actuación óptima en atención a los medios sanitarios de los que disponía en ese momento, no apreciándose pérdida de oportunidad alguna en el sentido expuesto por la interesada, no existe por ello una relación causal entre dicha asistencia sanitaria y el daño por el que se reclama.

A mayor abundamiento, recordamos lo ya indicado en numerosas ocasiones por este Consejo Consultivo siguiendo la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo, por ejemplo, en su Sentencia de 11 abril 2014, emitida por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en la que expone 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)».

9. En definitiva, se ha acreditado debidamente que el tiempo transcurrido desde la entrada de la llamada que alerta de la situación de urgencia del afectado para ser asistido médicamente hasta la prestación de la asistencia mediante una ambulancia sanitizada primero y medicalizada después, ante la gravedad de la situación, no superó los 20 minutos y desgraciadamente la asistencia sanitaria prestada no pudo evitar las graves consecuencias de la parada cardiorrespiratoria que sufrió el

paciente y las secuelas posteriores, a pesar de haber podido recuperarlo de la parada cardiorrespiratoria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión resarcitoria formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.