



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 0 5 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 29 de julio de 2021.

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 (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 353/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. Los reclamantes solicitan una indemnización de 150.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría 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 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

6.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 66/2020, de 3 de marzo:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la

vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: “es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos”.

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), “ (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como ‘iure hereditatis’, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte ‘iure proprio’, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien ‘vida’ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible ‘mortis causa’ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales ‘iure hereditatis’” (...).»

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de (...) y (...) -padre y madre, respectivamente, de (...) - para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su hijo [art. 4.1.a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria. Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo «sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: “vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados

directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

1.- Los miembros de la familia nuclear, que en este caso se desconocen, si bien parece desprenderse de la reclamación que (...) estaba casada y tenía un hijo, que no se identifican (¿?). El dolor de la familia nuclear, es decir, marido e hijos, se presume, no requiere prueba (STS de 15 de abril de 1988). No obstante, estos, los más allegados, no formulan reclamación en este caso.

2.- Para el resto de los parientes no existe presunción, requiriéndose la acreditación de alguna de las siguientes circunstancias para establecer su legitimación: Que pertenezcan de hecho a la familia nuclear por convivir con ella, o bien se demuestren fuertes e importantes vínculos afectivos, asimilándose a los que normalmente se dan entre los miembros de la familia central.

En síntesis, la jurisprudencia ha atribuido la legitimación de los daños morales derivados del fallecimiento de una persona, en primer lugar, al viudo o viuda, junto a los hijos del fallecido y en segundo término a sus padres si la víctima está soltera (STS de 2 de julio de 1979; STS de 14 de diciembre de 1996). Finalmente, los hermanos también estarían legitimados en defecto de otros familiares más allegados (los ya expuestos) (STS de 4 de julio de 2005), debiendo probar en su caso la vinculación afectiva entre ellos, su dependencia económica o su convivencia en el núcleo familiar».

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

Asimismo, y como se indica en la Propuesta de Resolución (Fundamento de Derecho primero, párrafo segundo), la legitimación pasiva también le corresponde a la entidad mercantil «Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias» (en adelante, GSC), empresa pública del Gobierno de Canarias, adscrita a la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad y la Consejería de Sanidad, que tiene encomendada en su objeto social una amplia gama de actividades, como son, entre otras, las urgencias y el transporte sanitario o la coordinación de las emergencias. La legitimación pasiva de la empresa pública se deriva de su

intervención con motivo del accidente de motocicleta sufrido por (...), siendo, a juicio de los reclamantes, responsable -junto con el propio Servicio Canario de Salud- de los daños irrogados a su hijo.

Así pues, la legitimación pasiva recae en el Servicio Canario de la Salud, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó no sólo por el Hospital Universitario de Canarias (HUC), sino también por el Servicio de Urgencias Canario (SUC), servicio gestionado por la empresa pública GSC, concertado con el Servicio Canario de la Salud. Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento al ser éste el presunto responsable de la asistencia sanitaria reclamada. Siendo el concierto sanitario un tipo de contrato de gestión indirecta para la prestación de un servicio público, de conformidad con lo señalado en el art. 32.9 LRJSP, es de aplicación el art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. Como ha manifestado en diversas ocasiones este Consejo Consultivo (por todos, véanse los DDCCC 59/2014, 406/2016, 287/2017): « (...) Si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Esta conclusión lleva necesariamente a esta otra: En los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud, el SCS en este caso, como el centro sanitario privado concertado, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces está obligado a resarcirlo en virtud de los artículos 98 y 162.c) TRLCSP».

Por ello, el instructor ha llamado a la empresa pública al procedimiento en su calidad de presunto responsable del daño alegado, le ha solicitado informes sobre los hechos alegados como fundamento de la reclamación y le ha dado vista del expediente y trámite de audiencia.

7. La reclamación se interpone dentro del plazo de un año establecido por el art. 67 LPACAP.

8. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los arts. 21.2 y 91.3 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. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. Los reclamantes promueven 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 público sanitario, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a su hijo el día 27 de junio de 2015.

A este respecto, los perjudicados fundamentan su pretensión indemnizatoria -tal y como se extrae de su escrito de reclamación- en los siguientes antecedentes fácticos:

«1.- El hijo de los reclamantes sufrió un accidente de tráfico conduciendo una moto, el día 27 de junio del 2015, por caída y choque contra la (sic) tubo metálico, que llegó a doblar, en Valle Jiménez, La Laguna. El accidente ocurrió 13,10 y el fallecimiento a las 15,41 horas.

2.- Después del fallecimiento, y tras las averiguaciones realizada por su madre, se ha sabido que el Sr. (...) mantuvo la consciencia desde que ocurrió el accidente hasta que entró en parada cardiorespiratoria, indicando que no consta referencia a lesiones hepáticas, ni hemorragias internas en la historia clínica antes de la intervención quirúrgica.

3.- La historia médica entregada a los comparecientes no se ajusta a la legislación vigente, pues se reduce a unas cuantas páginas ilegibles e informe de la intervención quirúrgica.

4.- La familia no fue informada del accidente hasta después del fallecimiento, asegurando el equipo médico, que el Sr. (...) ingresó inconsciente en urgencias».

2. A la vista de los hechos descritos anteriormente, los perjudicados alegan la vulneración de diversas normas legales de aplicación al caso. A este respecto, en el escrito de reclamación inicial se expone lo siguiente:

«PRIMERO.- Incumplimiento del Protocolo de actuación sanitaria inicial al accidentado de tráfico publicado por el Ministerio de Sanidad en el año 2010; dado que el Hospital Universitario de la Laguna carece de protocolo de coordinación e intervención para las personas que han sufrido accidente de tráfico.

El referido protocolo recoge, entre otros aspectos, que las personas que sufren accidente en moto se debe trasladar el centro de referencia en un tiempo inferior a 30 minutos

También que el médico responsable de la ambulancia medicalizada, debe facilitar los datos relevantes del accidente al centro de referencia, tales como que se trataba de un accidente de moto, que el conductor había impactado contra una valla metálica, con el propósito de que el profesional de urgencias prescriba las pruebas diagnóstica adecuadas y pertinentes.

Por último, las intervenciones quirúrgicas a practicar, en caso de sospecha de hemorragia interna, no debe superar los 30 minutos desde el ingreso. El protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico, recoge estos aspectos en las págs. 72 a 87 del documento.

Sin embargo de los escasos documentos que obran en la historia clínica, se concluye que:

El paciente sufrió politraumatismo, traumatismo abdominal y fractura de pelvis por caída de motocicleta con posterior golpe en el tubo, llegando a doblarlo, llegando consciente y un poco agitado al Hospital de Referencia, HUC, probablemente por la hemorragia interna que sufría en esos momentos, indicando que, si bien consta en el informe del médico de la ambulancia, que había sido un accidente de moto y posterior golpe en la valla, NO consta que esta información haya sido trasladada al médico de urgencias.

Dada la cercanía del lugar del accidente y el HUC, en traslado no debió demorar más de 10 ó 15 minutos, pero según las anotaciones parece que se tardó más de 50 minutos, desde la activación hasta la llegada a HUC.

No consta, en la historia, la intervención del médico de urgencias, solo consta peticiones de pruebas médicas realizadas entre 30 y 42 minutos después de la llegada, constando que se avisa al cirujano de guardia después del paciente sufrir parada cardiorrespiratoria durante 17 minutos, quien realizó una ecografía rápida y detectó la hemorragia interna.

La actuación de los médicos de la ambulancia y los médicos de urgencias vulneran el protocolo indicado, según el cual, entre la activación del código trauma y la intervención quirúrgica, no se debe superar los 60 minutos, sin embargo se demoró más de dos horas, a pesar de que ocurrió al accidente muy cerca del Hospital Universitario

Conclusión, la inaplicación del protocolo en la intervención médica de personas que sufre accidente de tráfico, en relación al tiempo de atención, técnicas diagnósticas y terapéuticas adecuadas, como el ecofast en el momento del ingreso en el servicio de urgencias del paciente, restó posibilidades de supervivencia al hijo de los comparecientes.

SEGUNDO.- Incumplimiento de ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información.

El contenido mínimo de la historia médica está perfectamente regulado en el art 15 del texto invocado: Documentación relativa a la hoja de clínicoestadística; Autorización de ingreso; Informe de urgencias; La anamnesis y la exploración física ;La evolución Y así, hasta

un total de 16 documentos. Sin embargo, la historia médica del Sr. (...) está conformada por los siguientes informes: de ambulancia de transporte urgente; de ambulancia medicalizada; de servicio de cirugía HUC y de defunción, cuyo contenido relata los siguientes extremos:

“Avisado el servicio de Urgencias del 112, activa la ambulancia de transporte urgente a los 13.8 h que al llegar al lugar del accidente se encuentra “paciente consciente y orientado”

En el informe de ambulancia de transporte urgente ya se indica que es un choque frontal con una valla en moto. También acude la ambulancia medicalizada que fue activada a la 13,10, reiterando el médico responsable “accidente de tráfico cayendo y golpeando con una valla de hierro: en la valoración del lugar del accidente, indica que el paciente refiere dolor de espalda, aunque mueve la piernas y dolor abdominal sin defensa, que estaba consciente, con vía área permeable, frecuencia cardíaca de 163; se administra fentanilo, se coge vía venosa y se procede al traslado, llegando al Hospital Universitario de Canarias a las 14 horas.

En el informe de urgencias del HUC, figura llega a las 14.03 siendo evaluado por enfermería, accidente motocicleta, consciente, agitado/obnubilado.

No hay anotaciones del médico de urgencias de la HUC, ni exploraciones, ni indicaciones terapéuticas alguna. Inicialmente se le realiza una RX de tórax simple a las 14.06, sin constancia de petición médica.

A las 14.30 se solicita pruebas radiológicas por parte de la médica de urgencias, que también solicita análisis sanguíneo de urgencias a las 14.42 h

A las 14,33 se realiza tira sanguínea sin contar con petición médica, que evidencia que el Hematocrito de 26 cae a 21 en nueva tira sanguínea las 14.53.

La cirujana de guardia es avisada desde la sala de reanimación por paciente en parada cardiorrespiratoria.

Avisan al servicio de cirugía general tras 17 minutos en PCR.

El cirujano observa abdomen distendido, realizando un eco-fast, donde objetiva hemoperitoneo con múltiples fracturas a nivel del hígado, así como desestructuración renal derecha.

Paciente entra en quirófano de urgencias a las 15, 05 iniciando laparotomía exploradora urgente a las 15,12h se evidencia hemoperitoneo masivo con fractura hepáticas con posible rotura de cava retrohepática versus venas suprahepáticas derecha media. No se consigue recuperar parada cardiorrespiratoria, determinando éxitus a las 15, 41 h, también se indicó la existencia de fractura de pelvis”.

Este proceder de profesionales, que intervinieron en el proceso, incumple el art 23, que recoge: “Que los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tiene el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes,

estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que le requieran los centros o servicios de salud competentes (...) ”

La ley 41/2002, establece que la Historia Clínica como el lugar apropiado para dejar constancia de las diversas vicisitudes por las que discurre la relación asistencial. No se puede obviar, que la falta de documentación y datos en la Historia Médica, da pie, como ha ocurrido en el presente caso, armar un relato a posteriori, que permita exculpar a los diferentes profesionales que intervinieron en el proceso, pero no deja de ser un funcionamiento anormal y contrario al ordenamiento jurídico, la falta de documentos y datos que se omiten en la historia. Es numerosa la jurisprudencia que atribuye como deber de los médicos confeccionar correctamente la historia clínica de manera prolija, completa y veraz, debiendo soportar las consecuencias contrarias que puedan extraerse de una historia clínica deficientemente elaborada y en la cual las omisiones puedan aparecer como un eventual intento de proteger su propia posición ante los defectos de diagnóstico o del acto quirúrgico practicado, de forma que se supone que dichas omisiones, tienden a encubrir errores médicos en un afán de protegerse a raíz de una mala praxis.

Lamentablemente, lo que acaeció en el presente caso, es que el Sr. (...) llegó con vida al centro hospitalario, pero el personal sanitario, que lo atendió antes y después del ingreso, no se percataron de la gravedad de las lesiones internas, obviando el protocolo de aplicación en los accidentes de tráfico con ciclomotor.

TERCERO.- También se ha incumplido la ley 1/2015, de 9 de febrero , de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, concretamente el art 16 y concordantes, habida cuenta que si bien (...) mantuvo la consciencia hasta su entrada en quirófano, no se avisó a la familia; pues sucedió todo lo contrario , se transmitió información a las 14,45 horas, confusa y con falta de veracidad, pues el equipo médico manifestó que estaba esperando al lesionado y que estaba inconsciente, cuando llegó el padre primero le dijeron que su hijo estaba grave, al momento q entró en parada cardiorrespiratoria; cuando la realidad, según el atestado instruido por la Policía Local y los informes del personal de las ambulancias es todo lo contrario, el Sr. (...) ,se mantuvo consciente facilitando el teléfono su familia ,hasta que entró en parada cardiorrespiratoria, momento en el que se avisó al cirujano de guardia».

Por todo lo anteriormente expuesto, los reclamantes afirman la existencia de nexo causal « (...) entre la inaplicación del protocolo del accidentado de tráfico, con la pérdida de oportunidad de tratamiento (...) pues la activación y coordinación que el protocolo denomina código trauma, hubiese determinado las pruebas diagnóstica e intervención quirúrgica en tiempo, habiendo sido probable la supervivencia del paciente. (...) es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas

expectativas de curación. (...) . También se aprecia nexo causal entre la falta de historia clínica y el resultado de muerte, pues no se puede dudar, que si la historia médica hubiese estado debidamente cumplimentada, los profesionales intervinientes a lo largo del proceso hubiesen tenido acceso a la información precisa para solicitar las pruebas médicas diagnósticas necesarias e intervención quirúrgica».

3. En consecuencia, los perjudicados instan el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados, cuantificando la indemnización en 150.000 euros.

III

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

1.- Mediante escrito con registro de entrada el día 29 de agosto de 2018, (...) y (...) -padre y madre, respectivamente, de (...) - promueven 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 público sanitario con ocasión de la asistencia dispensada a su hijo el día 27 de junio de 2015, fecha en la que éste sufre un grave accidente de tráfico y, tras recibir asistencia médica, finalmente fallece ese mismo día.

2.- Con fecha 30 de agosto de 2018 se requiere a los interesados al objeto de que subsanen determinados aspectos de la reclamación formulada.

Dicho requerimiento es atendido por los reclamantes mediante la presentación de escrito con registro de entrada el día 21 de septiembre de 2018.

3.- Mediante Resolución de 26 de septiembre de 2018 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se admite a trámite la reclamación formulada.

4.- Con idéntica fecha se solicita la emisión de informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (en adelante, SIP), que es finalmente evacuado el día 19 de junio de 2019.

5.- Mediante resolución de 26 de junio de 2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se acuerda la apertura de un periodo probatorio.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda conceder trámite de audiencia a los interesados, otorgándoles un plazo de diez días para que pudieran formular las alegaciones y presentar los documentos que estimasen procedentes.

Ambas resoluciones administrativas constan debidamente notificadas a los reclamantes.

6.- Con fecha 2 de septiembre de 2019 los reclamantes formulan escrito de alegaciones, solicitando, entre otras cuestiones, que se declarase la nulidad del trámite de audiencia y, consecuentemente, que se retrotrajesen las actuaciones.

7.- Con fecha 15 de octubre de 2019 el órgano instructor -a la vista de las nuevas alegaciones formuladas por los reclamantes- acuerda requerir del SIP la emisión de informe complementario, que es evacuado el día 7 de marzo de 2021.

8.- Con idéntica fecha se requiere a la empresa pública GSC para que aporte los medios probatorios que estime convenientes para la defensa de sus derechos.

9.- Mediante resolución de 21 de octubre de 2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se acuerda dejar sin efectos el acuerdo probatorio de 26 de junio de 2019.

10.- Mediante escrito de 23 de octubre de 2019 (con registro de entrada en el Servicio Canario de la Salud el día 29 de octubre de 2019), la entidad mercantil GSC se persona como interesada en el procedimiento administrativo, solicitando que se le « (...) *dé traslado de cuantas actuaciones pudieran realizarse en torno a este procedimiento*» y aportando informe del Servicio de Urgencias Canario sobre la asistencia sanitaria dispensada a (...).

11.- Con fecha 8 de mayo de 2020 los reclamantes presentan escrito proponiendo los medios de prueba de que pretenden valerse.

La empresa GSC hizo lo propio mediante escrito de 6 de julio de 2020.

12.- Mediante resolución de 6 de abril de 2021 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se admiten a trámite las pruebas propuestas por los interesados y se acuerda la apertura de un periodo probatorio.

Dicha resolución consta debidamente notificada a los reclamantes y a la empresa GSC.

13.- Con fecha 5 de mayo de 2021 se procede a la práctica de la prueba testifical propuesta por la parte reclamante, con el resultado que obra en las actuaciones.

14.- Con fecha 19 de mayo de 2021 se acuerda conceder trámite de audiencia a los interesados, otorgándoles un plazo de diez días para que pudieran formular las alegaciones y presentar los documentos que estimasen procedentes.

Según se acredita en el expediente administrativo, la referida resolución fue convenientemente notificada a los reclamantes y a la entidad GSC.

15.- Con fecha 16 de junio de 2021 los reclamantes formulan escrito de alegaciones.

16.- No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en la propuesta de resolución, no así en el propio expediente administrativo), al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico ex art. 20, letra 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.

17.- Con fecha 17 de junio de 2021 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) y (...), *« (...) por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud»*.

18.- Mediante oficio de 18 de junio de 2021 (con registro de entrada en este órgano consultivo el día 23 de junio de 2021), el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita la emisión del dictamen preceptivo del Consejo Consultivo al amparo de lo dispuesto en la LCCC.

IV

1. Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«la jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que “para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:*

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

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

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño”.

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

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

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

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

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

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la

obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

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

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

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el

elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

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

3. Trasladadas las precedentes consideraciones al supuesto de hecho objeto de este Dictamen, se hace preciso señalar lo siguiente.

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los padres del fallecido, (...), al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública. En concreto, al no quedar demostrada ni la mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente, ni la necesaria relación de causalidad existente entre la prestación del servicio público y el daño irrogado.

Asimismo, tampoco se aprecia la existencia de «*pérdida de oportunidad*».

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente recogida, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (*semper necessitas probandi incumbit illi qui agit*) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega (*ei incumbit probatio qui dicit non qui negat*) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (*notoria non egent probatione*) y los hechos negativos (*negativa non sunt probanda*). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil

acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo « (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: “Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts. 3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts. 6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo

según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

En lo que se refiere a la pérdida de oportunidad, este Consejo Consultivo ha tenido ocasión de pronunciarse, entre otros, en su Dictamen 492/2020, de 25 de noviembre, indicando cuanto se expone a continuación:

«Respecto a la pérdida de oportunidad, la corriente jurisprudencial es unánime: “sobre la mala praxis médica al no diagnosticarse ni tratarse a tiempo la dolencia que sufría la madre de los recurrentes, se le generó la pérdida de la oportunidad al agravarse su estado de salud y por tanto se ocasionó un daño indemnizable, que no es el fallecimiento que finalmente se produjo y respecto al cual no se acreditó que se hubiese podido evitarse de instaurarse a tiempo las medidas terapéuticas adecuadas, sino esa pérdida de la oportunidad, entendiendo la STS de 12 de marzo de 2007 que, en estos casos, es a la Administración a la que incumbe probar que, en su caso y con independencia del tratamiento seguido, se hubiese producido el daño finalmente ocasionado por ser de todo punto inevitable” (STSJ de Asturias 624/2016 de 15 J.).

Los Dictámenes del Consejo Consultivo de Canarias n.º 171/2016; 152/2017; 324/2018, entre otros muchos, hacen referencia a la pérdida de oportunidad como un concepto indemnizable:

“En relación con 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)”.

La STS de 21 de diciembre de 2015 (así como la de 16 de febrero de 2011), señalan: “basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, 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 posee a disposición de las administraciones sanitarias”».

Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la «*lex artis ad hoc*». De esta manera, no procede declarar 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 lo que se refiere a la actuación médico-sanitaria practicada, y sin perjuicio de remitirnos a la atenta lectura de los detallados informes médicos que obran en las actuaciones (y que resultan coincidentes en afirmar la inexistencia, en este caso, de vulneración de la *lex artis ad hoc*), lo cierto es que resultan contundentes las conclusiones expuestas por el Auto judicial -firme- de 14 de septiembre de 2017, de la Sala de lo Penal -Sección Sexta- de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife. En dicha resolución judicial se señala lo siguiente (Fundamento de Derecho único):

« (...) de la pericial médico forense, elaborada “*ex profeso*” para determinar si había existido algún tipo de actuar negligente por parte de los denunciados que hubiese sido la causa desencadenante del fallecimiento del hijo de los recurrentes, no se vislumbra o

desprende ningún proceder de tal naturaleza por su parte que les haga merecedores del reproche penal que en su contra pretenden. (...) .

(...) como ya apuntamos, no podemos por menos que compartir los argumentos dados por el órgano instructor para el sobreseimiento provisional de las actuaciones al ajustarse a la realidad que de lo actuado no queda mínimamente averada una falta de diligencia en el proceder de los denunciados como causa del óbito del Sr. (...) (...) . Y ello es así habida la claridad expositiva del informe médico forense antes aludido, al indicar que el accidentado no sólo recibió el tratamiento médico y quirúrgico acorde con las guías y protocolos de actuación establecidos, sino que las lesiones abdominales que padecía a raíz del percance que sufrió con su motocicleta, por su severidad y localización, eran mortales de necesidad (sic) “ (...) aun con tratamiento médico quirúrgico de urgencia (...) ”, o sea, el resultado hubiese sido el mismo».

Por lo demás, y respecto a la pérdida de oportunidad alegada por los reclamantes (retraso tanto en el traslado del accidentado al centro hospitalario como en el diagnóstico y tratamiento dispensados al paciente en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias, lo que privó al hijo de los reclamantes de determinadas expectativas de curación, *«habiendo sido probable la supervivencia del paciente»* si dichas intervenciones sanitarias se hubieran efectuado a tiempo), una vez analizadas las circunstancias concurrentes en el supuesto analizado, se entiende que no procede apreciar la existencia de esa pérdida de oportunidad a la que hacen referencia los padres del fallecido en su escrito de reclamación.

Como bien ha señalado la doctrina jurisprudencial, *« (...) en estos casos (de pérdida de oportunidad), es a la Administración a la que incumbe probar que, en su caso y con independencia del tratamiento seguido, se hubiese producido el daño finalmente ocasionado por ser de todo punto inevitable»* (sentencia de 12 de marzo de 2007 del Tribunal Supremo). Y ello es, precisamente, lo que acontece en el presente supuesto.

En efecto, los diversos informes que obran en las actuaciones resultan coincidentes a la hora de calificar al resultado lesivo finalmente acontecido como una circunstancia inevitable -independientemente del tratamiento seguido-.

Así, en el informe médico forense de 30 de enero de 2017, se hace constar *«que las lesiones abdominales sufridas, por severidad y localización de las mismas eran mortales de necesidad, aún con tratamiento médico quirúrgico de urgencia»* -folio 106-.

Conclusión que se repite en el informe de 26 de diciembre de 2018, del Coordinador de urgencias hospitalarias del HUC (*«1.- Las lesiones que presentaba el*

paciente eran incompatibles con la vida» -folio 158-), y en el informe complementario emitido por el SIP con fecha 7 de marzo de 2021 -folios 205 y ss.-, en donde se señala lo siguiente:

«4.-La inaplicación del protocolo en la intervención médica de personas que sufren accidente de tráfico en relación con el tiempo de atención, técnicas diagnósticas y terapéuticas adecuadas, restó posibilidades de supervivencia del hijo de los reclamantes.

Este apartado ha sido expuesto en los puntos anteriores.

Distinguimos por una parte el Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de Tráfico, del Ministerio de Sanidad, actuación por los servicios de emergencias extrahospitalarios y transferencia al hospital y por otra, el protocolo de actuación de pacientes politraumatizados en el Servicio de Urgencias o protocolo asistencial de atención al traumatizado grave ATLS (Advance Trauma Life Supasort) que ha informado, el Servicio de Urgencias hospitalario, que ha seguido en todo momento realizando las pruebas complementarias, las actuaciones médicas y el concurso de los especialistas adecuados según el devenir del paciente.

En el Hospital el Médico del Servicio de Urgencias se encarga de la recepción y transferencia con el médico del equipo extrahospitalario, así como de realizar la primera valoración siguiendo el protocolo ABCDE del ATLS1.

Tras monitorización del paciente y canalización de vías, si no las tuviese desde la asistencia extrahospitalaria, se tomarán muestras de sangre para hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría, pruebas cruzadas para sangre. Una vez comprobado que no hay problemas con la vía aérea, el paciente tiene una correcta inmovilización cervical, comprobamos la ventilación y continuamos con la búsqueda de posibles sitios de hemorragia. Se realizarán radiografías portátiles de tórax y pelvis desde críticos y en función de la estabilidad hemodinámica del paciente se continuará con los estudios radiológicos Eco-FAST o BodyTAC1.

En esta línea, en la conclusión segunda del informe Médico Forense se recoge “Que recibió tratamiento médico y quirúrgico que se ajustan en todo momento a guías y protocolos de actuación aceptados”.

5.- Desde la activación del código trauma hasta la intervención quirúrgica, no deben transcurrir más de 60 minutos, y en el caso de Sr. (...), transcurrieron más de dos horas, a pesar de haberse producido el accidente muy cerca del HUC, produciéndose por tanto, una pérdida de oportunidad de supervivencia.

Los tiempos de actuación están contemplados en los apartados anteriores de este informe.

Por otro lado, al cuestionarse que si con una intervención quirúrgica precoz se hubiera aumentado la oportunidad de supervivencia debemos aclarar la gravedad del tipo de lesiones sufridas por el paciente.

En la laparotomía exploradora se objetiva hemoperitoneo masivo realizándose empaquetamiento con compresas, con múltiples fracturas a nivel hepático, siendo la de mayor importancia una fractura a nivel del segmento VI-VII, que se extiende longitudinalmente con sangrado adyacente de importante cuantía no controlable con compresión en probable relación con sangrado de vena cava retrohepática versus venas suprahepáticas derecha-media con dificultad de la visión por sangrado masivo. Tras ausencia de recuperación del pulso cardíaco se decide finalizar con maniobras de reanimación.

Informa el Servicio de Cirugía General y Digestiva que la bibliografía destaca cuatro situaciones complejas de lesiones abdominales que se asocian a una mayor morbilidad y mortalidad: Lesiones hepáticas mayores; lesiones pancreaticoduodenales; lesiones de la aorta y de la vena cava, donde el acceso a los grandes vasos del retroperitoneo para obtener un control proximal y distal es muy complicado ante la presencia de un hematoma retroperitoneal con sangrado activo; fracturas pélvicas complejas asociadas a traumatismos pélvicos abiertos. En el protocolo de la intervención quirúrgica se describen dos de las cuatro lesiones abdominales complejas: lesión hepática mayor (“fractura a nivel del segmento VI-VII”) y lesión de la vena cava (“sangrado de vena cava retrohepática versus venas suprahepáticas derecha - media con dificultad a la visión por sangrado masivo”).

El “Trauma Score” determina que el paciente presentaba en la escala de daño hepático “Liver Injury Scale” un Grado V: lesión de venas yuxtahepáticas o vena cava retrohepática, siendo el grado máximo el VI, atribuido a avulsión hepática que generalmente es letal en el lugar del accidente; y en la escala de daño vascular “Abdominal Vascular Injury Scale” el grado máximo, grado V con lesión de vena cava, retrohepática o suprahepática.

Si bien la mortalidad media de un traumatismo hepático oscila entre el 10 y 15%, en caso de lesiones de tipo V y VI, la mortalidad puede ser hasta del 90%.

Por otra parte, las roturas traumáticas de la vena cava, tanto superior como inferior, son lesiones muy graves y con frecuencia mortales, especialmente en aquellos lesionados que llegan a Urgencias en shock y no responden a medidas de reanimación inicial, los que todavía sangran activamente en el momento de la laparotomía y los que tienen heridas en la vena cava retrohepática. De los que llegan a quirófano, la muerte se produce principalmente por exanguinación intraoperatoria.

Las heridas de la vena cava retrohepática y de sus afluentes representan un verdadero reto al cirujano, tanto por el gran volumen que transportan como a la dificultad especial que ofrecen su acceso y control. En los grandes centros mundiales de trauma estas lesiones tienen una mortalidad que varía entre el 50 y el 100%.

Al respecto, decir que existen dos elementos a analizar cuando nos enfrentamos a una lesión venosa; por un lado la lesión venosa en sí, y por otro la pérdida de integridad de los tejidos de contención que rodean a las venas, es decir parénquima hepático y ligamentos.

Las técnicas de aislamiento vascular y reparaciones directas tienen una alta morbimortalidad.

Dentro de las lesiones venosas retrohepáticas son potencialmente fatales las que sangran libremente en el abdomen o en el tórax. En ellas existe una disrupción importante de las estructuras de contención, como ocurrió en el presente caso.

En los supuestos de lesión venosa sin sangrado activo (que no es el presente caso) y si las estructuras de contención que rodean a dichas estructuras venosas no han sido dañadas o mantienen la integridad suficiente para contener la hemorragia severa, no presentarían un problema clínico mayor, y permiten una actitud expectante. En el caso que nos ocupa, en cambio estaba presente un sangrado activo y existía importante daño en las estructuras de contención (parénquima hepático).

De esta forma, en la conclusión tercera del informe Médico Forense se recoge "Que las lesiones abdominales sufridas, por severidad y localización las mismas, eran mortales de necesidad, aún con tratamiento médico y quirúrgico de urgencia."

Es decir, que "lesiones como las encontradas, tanto la hepática como la lesión de la vena cava inferior, por la gravedad y extensión de las mismas, eran mortales de necesidad, aún con tratamiento quirúrgico urgente".

En la misma línea informa el Servicio de Cirugía General y Digestiva "El 50% de las roturas de dicha vena producen la muerte instantánea y el otro 50% muere en las 48 horas siguientes". "Se trataba de un sangrado bastante importante no pudiéndose parar la hemorragia". "Se emplearon hasta 80 compresas para intentar parar la hemorragia y no pudo ser".

Por su parte, el Médico Intensivista con motivo de su declaración en el Juicio vía penal informó que la lesión del paciente fue un estallido hepático con rotura del eje venoso, ni aún el mejor cirujano, ni en la primera instancia hubiera podido salvarlo". Las lesiones de múltiples fracturas a nivel hepático, siendo de mayor importancia una fractura a nivel del segmento 6 y 7, que se extiende con sangrado de vena cava retrohepática versus venas suprahepáticas derecha-media, con dificultada a la visión por sangrado masivo, el paciente tenía pocas posibilidades de sobrevivir. Que se hubiera exsanguinado en poco tiempo.

Por todo ello, no podemos decir que si hubiese sido operado a la llegada al hospital hubiese sobrevivido, además de la probabilidad de haber supuesto precipitar el sangrado incontrolable al movilizar las estructuras de contención.

En esta línea ha expuesto el Médico Forense que este tipo de sangrado venoso en el retroperitoneo tarda tiempo en manifestarse, al estar inicialmente limitado espacialmente por su estructura anatómica y la contención de los órganos vecinos. En una hipotética intervención quirúrgica más temprana, la apertura del abdomen hubiese devenido en un sangrado incontrolable con más que probable resultado similar.

De esta forma, en el Recurso de Apelación Diligencias Previas n.º 603/16 se recoge “no podemos por menos que compartir los argumentos dados por el órgano instructor para el sobreseimiento provisional de las actuaciones al ajustarse a la realidad que de lo actuado no queda mínimamente averada una falta de diligencia en el proceder de los denunciados como causa del óbito del Sr. (...) y menos aún que hubiese sido de la gravedad.

Y ello es así habida la claridad expositiva del informe médico forense antes aludido, al indicar que el accidentado no sólo recibió el tratamiento médico y quirúrgico acorde con las guías y protocolos de actuación establecidos, sino que las lesiones abdominales que padecía a raíz del percance que sufrió con su motocicleta, por su severidad y localización, eran mortales de necesidad (...) aún con tratamiento médico quirúrgico de urgencia (...) o sea, el resultado hubiese sido el mismo».

4. Asimismo, en relación con las alegaciones relativas a que se incumplió el protocolo de actuación sanitaria inicial al accidentado de tráfico, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información, así como la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, este Consejo Consultivo a la vista de la prueba documental obrante en el expediente y las grabaciones telefónicas incorporadas al mismo, comparte las conclusiones alcanzadas por el SIP en su informe complementario de fecha 9 de marzo de 2021, en las que se expone:

«1.-El paciente sufrió politraumatismo, traumatismo abdominal y fractura de pelvis y no consta que la información recogida por el médico de la ambulancia fuera trasladada al médico de urgencias en el hospital.

El código politrauma entendido como comunicación al hospital de la llegada del paciente, del tipo de accidente y del estado del paciente resultado de la valoración por el equipo del recurso Ambulancia Soporte Vital Avanzado (ASVA) fue activado.

Se menciona en la reclamación el “Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de Tráfico” del Ministerio de Sanidad y Política Social, que hace referencia a la coordinación entre los niveles asistenciales. El Ministerio encarga a la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias la elaboración de una Guía de recomendaciones para la prestación de atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico, en la que se incluyan distintos estándares de calidad que sirvan de referencia para la mejora

de estos servicios y sean útiles a los profesionales de los servicios de emergencias, gestores, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado etc.

En el referido Protocolo se incluye un apartado de Código Trauma. El equipo de emergencias contacta con el centro de destino, se avisa al Médico de Urgencias que llevará a cabo la recepción, transferencia con el equipo extrahospitalario, valoración y tratamiento inicial según ATLS (tal como realizó el Médico de Urgencias hospitalaria). Según esta valoración se activará al Médico Intensivista, Cirujano General o Traumatólogo.

El centro coordinador recibirá de las unidades asistenciales, información del estado de las víctimas y decidirá el destino de las mismas al hospital útil más cercano, atendiendo a criterios de capacidad asistencial de cada hospital. Será también el encargado de alertar a los hospitales de la llegada y estado de los accidentados, y si es necesario pondrá en comunicación al hospital con el recurso.

En el presente caso, la ambulancia de urgencias valoró la situación del paciente, consciente y orientado y en su informe incluye que se trata de un choque frontal de una moto contra una valla.

A las 13:46 horas, la Médico Coordinadora llama al Médico de la ASVA para que le informe del estado del paciente. El Médico del recurso vuelve a referir el mecanismo del accidente y comunica su valoración en el lugar: el paciente está estable, no intubado, con dolor en la espalda y un poco en el abdomen "pero que no ausculta nada importante". TA un poco alta. Se le ha aliviado el dolor. Tiene traumatismo en boca, cadera derecha y los más que se queja es de la espalada (sic), también le duele el abdomen no presentado en la exploración del abdomen "ni defensas ni nada". La Médico Coordinadora confirma con el Médico del recurso el destino del paciente, HUC, y le comunica que llamará a urgencias del HUC para informar.

A las 13:48:32 horas la Médico Coordinadora comunica con la Médico de Urgencias del HUC y le informa de la situación del paciente, que la ambulancia medicalizada (ASVA) estaba trasladando a un politraumatizado, accidente de moto, que no estaba intubado, sin lesiones a nivel torácico, con traumatismo en boca, consciente y orientado, pelvis estable con dolor en la cadera, espalda y abdomen el cuál estaba blando y depresible.

Por tanto, sí se comunica al Hospital que se trata de accidente de moto, y las condiciones en que se encuentra el paciente después de la valoración del Médico del recurso ASVA.

Además el Médico de la ASVA, ha declarado que comunica oralmente las circunstancias del accidente y el estado del paciente al Médico de Urgencias en la recepción del mismo.

Durante el traslado el paciente permaneció estable y no presentó cambios en su estado hemodinámico ni otras complicaciones.

2. El traslado se demoró más de 50 minutos desde su activación hasta la llegada al HUC, y dada la cercanía entre el hospital y el lugar del accidente, este traslado no debió durar más de 10-15 minutos.

De la grabación de la alerta proporcionada por GSC y de la documentación obrante en el expediente, se deduce que es imposible la pretensión de un tiempo entre 10-15 minutos entre la alerta y la llegada al hospital.

La primera llamada al 112, realizada por un viandante, se produce a las 13:06. Comunica que ha ocurrido un accidente, indica el lugar a la operadora, y ésta lo pasa con un Médico. El alertante pide a otra persona que llame.

Una segunda llamada se produce a las a las 13:07 solicitando una "UVI". Indican nuevamente el lugar, que el paciente está en el suelo, inconsciente, que no sabe si chocó con otro coche. Se transfiere la llamada al Médico Coordinador que interroga sobre el estado del paciente: está respirando, está doblado y no sabe si se va a poder mover. Confirma que tiene el casco puesto. Se le indica al alertante que no debe moverlo ni darle nada de beber. Sobre si ve sangre y está consciente responde que no hay sangre y que está consciente, que cree que tiene algo en la espalda por la forma en que cayó.

Se movilizó un recurso ambulancia urgente (ASVB) a las 13:08 y las 13:10 (13:08:29 h?) una ASVA (medicalizada) con base en el HUC.

La ambulancia de urgencias, que salió desde Tíncer hasta Valle Tabares, llega al lugar a las 13:19:31 h. El personal valora la situación del paciente consciente y orientado y los vecinos le comentan el mecanismo del accidente, choque frontal de una moto contra una valla. De forma casi simultánea, a las 13:20:37 h, llegó la ASVA, el personal de este recurso apartó a la gente y ambos recursos proceden a colocar el collarín y retirar el casco. Posteriormente le colocaron el tablero espinal, además se comprueba que el paciente no sangraba exteriormente o tenía "algo roto".

Ya en el interior de la ASVA se monitoriza al paciente (FC, TA, Sat 02), se toma una vía venosa y explora. A las 13:46 h la médico Coordinadora del SUC se comunica con el Médico de la ASVA para recibir información del paciente: "accidente de tráfico cayendo y golpeando con una valla de hierro. No precisó intubación orotraqueal, con dolor en la espalda y un poco en el abdomen". TA un poco alta, FC de 163, saturando bien, estable, con vía aérea permeable, se administra Fentanilo y sueroterapia con posterior mejoría del dolor. Tiene traumatismo en boca, cadera derecha y los más que se queja es de la espalda, también le duele el abdomen no presentado en la exploración del abdomen ni defensas "ni nada" y se inicia el traslado al HUC a las 13:46:01 horas.

A partir del momento de valoración in situ, traslado del paciente al vehículo y estabilización es cuando se puede contabilizar los 10-15 minutos al que se hace referencia en la reclamación.

Ha transcurrido desde las 13:06 un tiempo de 40 minutos, desde la alerta, para el traslado de las unidades desde su ubicación al lugar del accidente, obtener la información y realizar in situ la valoración del paciente, ubicación en el recurso y estabilización hasta que inicia la marcha hacia el HUC. De este modo, llega al hospital a las 14:00 horas (13:54:57 h). Y, dentro de esos 40 minutos ha transcurrido un tiempo de 25 minutos y 23 segundos desde la llegada de los recursos para la valoración in situ, movilización y traslado del paciente en condiciones adecuadas, estabilización y comunicación para el inicio de la marcha hasta el hospital.

Ha declarado el Médico de la ASVA que el tiempo en un accidente para la entrega del paciente va en función de dónde esté, la gravedad y las maniobras que deban realizarse en el lugar, que en el presente caso fue rápido.

3.- En la historia clínica no consta la actuación del médico de urgencias, sino sólo la petición de pruebas médicas realizadas entre 30 y 42 minutos después de la llegada. Consta que se avisa al cirujano después de que el paciente sufriera parada cardiorrespiratoria, y es en ese momento cuando se realiza ecografía observando hemorragia interna.

Ya ha informado el Servicio de Urgencias en relación a la documentación "El hecho de que la HC de Urgencias esté en blanco, se debe a que los profesionales se dedicaron a la asistencia del paciente, no a escribir, debido a la extrema gravedad del caso. Una vez fallecido el paciente, toda la documentación en papel pasó a ser custodiada por el médico forense, no pudiendo acceder a la misma para cumplimentarla."

Por otra parte, en el informe Médico Forense, párrafo 10ª de Consideraciones Médico Forenses, incorporado al expediente, ya se ha razonado que impresiona que las horas referidas de las pruebas son las horas en que están los resultados y no el momento de su solicitud.

El análisis de la actuación del Servicio de Urgencias en relación al estado inicial del paciente y su evolución nos ayuda a comprender el momento de interconsulta al Servicio de Cirugía General.

Antes de la llegada al Hospital, en la exploración realizada por el Médico del recurso de emergencia, se describe abdomen blando, depresible y sin defensa. Durante el traslado continuó con buenas tensiones, saturaciones, consciente, ha declarado el Médico que el paciente hablaba con el personal del recurso.

Además de la grabación del SUC, el Médico del recurso ha declarado que a la llegada al Centro hace la entrega al Médico de urgencias, como siempre, le comenta el accidente y lo que tenía y que se decidió traslado a la sala de reanimación. De hecho, en relación a esta declaración, observamos que el paciente se traslada a la sala de críticos en la misma camilla

del recurso de transporte sanitario por lo que el Médico de la ASVA estableció contacto con la Médico del Servicio de Urgencias.

Llegado el recurso al HUC, aproximadamente a las 14 horas, el paciente es valorado a las 14:03 h de forma rápida por Enfermería (TA 130/75, GCS 10-11, accidente de motocicleta, consciente, agitado/obnubilado con TA normal) y se le solicita analítica, gasometría y RX de Tórax, todo realizado en la misma sala. La Médico del Servicio de Urgencias, bajo el diagnóstico de politraumatismo, solicita pruebas radiológicas (TAC de cráneo sin contraste, TAC de columna cervical, TAC de Tórax con contraste, TAC abdomen completo con contraste, TAC de pelvis con contraste) y análisis sanguíneo de urgencias.

Pruebas orientadas a encontrar lesiones en el contexto de politraumatizado que no pudieron ser realizadas por la evolución del paciente.

A las 14:06, el paciente refería asfixiarse, como principal síntoma frente a los anteriores de dolor en espalda y abdomen. Recordemos que en la autopsia, además de las lesiones en región abdominal se describe que presentaba varias fracturas costales, sangre en hemitórax y pulmón derecho colapsado.

De acuerdo con el protocolo asistencial de atención al traumatizado grave ATLS (Advance Trauma Life Support) en situación de dificultad respiratoria, ésta debe resolverse in situ sin movilizar al paciente para la realización de pruebas complementarias. El paciente presentó bradicardia y desaturación, de esta forma, se procedió a sedar y realizar la intubación endotraqueal y conexión posterior a un respirador, a fin de estabilizar respiratoriamente al paciente, y al aviso al personal de la UVI por sospecha de taponamiento cardíaco que pudiera justificar el cuadro. El TAC completo estaba pedido. Tras mejoría el paciente entra en parada cardiorrespiratoria y como en el ecocardiograma no se objetivó patología que justificara la PCR se procedió a maniobras de resucitación y se solicitó la intervención del Servicio de Cirugía General y Digestiva. El tiempo de asistencia por el personal de urgencias ante la dificultad respiratoria aquejada por el paciente y posterior PCR y del personal de la UVI ante la brusca desestabilización del paciente, la realización de ecocardiograma en busca de la causa y las precisas maniobras de resucitación justifica los 17 minutos para la llamada al Servicio de CG en busca de otra causa una vez descartada las torácicas

La presencia de distensión abdominal se objetiva durante la reanimación. No estaba presente en las exploraciones anteriores así como tampoco el peritonismo.

Aún realizado ecofast el líquido libre abdominal observado, han declarado, era de forma no significativa para justificar la situación de parada cardíaca. Además, se objetiva múltiples fracturas a nivel de Hígado y desestructuración del riñón derecho. Informa el Servicio de Urgencias "Pudiendo en ese momento decidir en base a la práctica habitual cesar las maniobras de resucitación, dada la edad del paciente y la discordancia entre la clínica inicial

y el devenir clínico del paciente, se decidió in extremis llevarlo a quirófano, con el fin de identificar lesiones no visibles hasta el momento y, en su caso, repararlas si fuera posible.

En relación al cambio en el hematocrito observado/obtenido a las 14:53, descartado el origen torácico como causa de la PCR se buscó el origen abdominal. Para la búsqueda del origen de la hemorragia se indican las RX de Tórax y pelvis desde críticos y en función de la estabilidad hemodinámica del paciente se continuará con los estudios radiológicos Eco-FAST o BodyTAC y ello en relación a las cuatro localizaciones de hemorragia interna que pueden dar lugar a la muerte hemotórax (Rx de Tórax), sangrado intraabdominal (ecofast), fractura de pelvis (Rx) y fractura de huesos largos.

Recordemos que el TAC de abdomen no pudo ser realizado por la evolución del paciente realizándose eco-fast.

Finalmente el paciente entra en quirófano a las 15:05 horas iniciándose la intervención a las 15:12 horas».

5. De esta manera, resultando acreditado que, con independencia del tratamiento seguido, el daño finalmente producido se habría, igualmente, ocasionado por ser de todo punto inevitable, y habiendo seguido la Administración sanitaria los protocolos aplicables, es por lo que se entiende que no procede apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (art. 217.3 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil). Resultando, en consecuencia, conforme a Derecho la Propuesta de Resolución sometida al parecer jurídico de este Consejo Consultivo de Canarias.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) y (...), se considera que es conforme a Derecho.