



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de noviembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 485/2021 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 12 de agosto de 2019 a instancia de (...), por los daños morales consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su padre, que finalmente resultó *exitus*, en el Servicio Canario de la Salud.

2. El interesado cuantifica la indemnización en cuantía superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

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

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de 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. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La sucesión de hechos, según el reclamante, es la siguiente:

- A las 3:59 horas del día 12 de julio de 2018 el interesado realiza una llamada al servicio de emergencias 112 comunicando el estado de gravedad de su padre, que se encontraba en el suelo de su domicilio con graves signos de asfixia. Los servicios sanitarios indican iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar pues no detectaba pulso, para lo cual le dan las instrucciones oportunas y se comienza la reanimación.

La llamada se prolongó hasta el momento en que llegó la primera ambulancia de Soporte Vital Básico (SVB), a las 4:11 h, para lo cual transcurrieron 12 m,11s (dato obtenido de la grabación de la llamada).

Este tiempo de 12 m resulta desproporcionado, teniendo en cuenta que el Centro de Salud de Güímar se encuentra a una distancia de 400 m del domicilio familiar, y la

calle en la que se suele situar esta ambulancia se encuentra a una distancia de 290 m del domicilio.

- Tras la llegada de la ambulancia de SVB se inicia por parte del médico las maniobras de reanimación cardiopulmonar, aplicando el desfibrilador y tratamiento farmacológico.

- La ambulancia medicalizada (SVA), se activa a las 4:10 h, y su llegada se produce entre las 4:45 y 4:55 h, es decir, entre cuarenta y seis y cincuenta y seis minutos de la llamada inicial al 112 (3:59 h). Este tiempo también resulta desproporcionado, pues desde el lugar de salida de la ambulancia, el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) hasta el domicilio familiar hay una distancia de 26 km, la mayor parte de la misma es autopista, y en atención a la hora del suceso, el tiempo de duración no debía exceder los 22 m.

- Tras la llegada del SVA se continúa con la reanimación de (...), recuperando el pulso e intubando al paciente. Una vez estabilizado, se traslada al HUNSC, donde ingresa a las 5:27 h.

- En el CHUNSC se realiza ecocardiograma, TAC craneal y de arteria pulmonares y se ingresa en la UMI. Tras 31 días de ingreso realizando pruebas sin obtener reacción, se diagnostica de coma arreactivo secundario a encefalopatía anóxica. Se consensua junto con la familia la limitación de las medidas de soporte vital y la adopción de medidas de confort. Finalmente fallece el día 12 de agosto de 2018.

- El objeto de la reclamación por tanto, se centra en que, debido al retraso desproporcionado e injustificado tanto de la ambulancia de SVB como la de SVA se produce un daño cerebral de tal magnitud que privó al afectado de determinadas expectativas de supervivencia, que con cierta probabilidad habrían sido mayores en caso de no haberse producido tal dilación.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

*«- Según datos obrantes en el expediente, se conoce que en fecha 12/07/18, siendo las 03:59 h se recibe llamada en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES 112). El alertante indica que su padre está entumecido, (...) y con dificultad para respirar. La llamada es atendida por una operadora de demanda que realiza un interrogatorio básico sobre los síntomas del afectado y filia el incidente para que la ayuda pueda ser enviada al lugar adecuado. La conversación entre la operadora y el alertante dura aproximadamente un*

minuto, siendo transferida la llamada al médico del SUC presente en la Sala de Coordinación. La médica que atiende la llamada es informada por el alertante que su padre está en el suelo, (...) y asfixiándose. La médica coordinadora del SUC le pregunta si observan que esté respirando y si tiene pulso. El familiar indica que «está tragando y (...)», se muerde la lengua. Le pregunta la médica si ha hecho alguna convulsión y le responden que podría haberla hecho. La médica insiste en constatar si tiene pulso y respira. Creen que no está respirando. Ante esto le da instrucciones para iniciar la maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y realizar masaje cardíaco a la vez que le informa que la ambulancia está de camino. Además, da indicaciones a los familiares de que llamen a un vecino para que les ayude con el masaje cardíaco. También se les informa que debido al cuadro que presenta es necesario que la ambulancia pase a recoger el personal sanitario del Centro de Salud (médico y enfermero) para que acudan al domicilio (procedimiento habitual cuando el incidente que debe atenderse se encuentra alejado de la base de las ambulancias medicalizadas). Mientras la médica continúa dando instrucciones y teleasistencia a la familia, el Gestor de Recursos del SUC activa la ambulancia de soporte vital básico del municipio de Güímar indicándole que debe recoger al personal sanitario del Centro de Salud. El Gestor llama por teléfono al Centro para comunicarles que la ambulancia recogerá al médico y al enfermero para acudir a un domicilio para asistir un paciente en parada cardiorrespiratoria (PCR). La ambulancia queda activada a las 04:02 minutos, pasa a recoger al personal sanitario y llega al domicilio a las 04:10h.

- De la información anterior se desprende que, la llamada realizada al 112, fue recibida a las 03:59 h, por la operadora de demanda, que una vez conoce tras un interrogatorio básico los síntomas del paciente, que según el alertante (hijo) está entumecido, (...) y con dificultad para respirar, filia el incidente. La comunicación entre alertante y operadora dura aproximadamente un minuto, tiempo necesario y bien aprovechado para poder enviar la ayuda al sitio adecuado.

- Una vez está filiado el incidente la llamada es transferida al médico del SUC presente en la Sala de Coordinación. La información que de forma guiada facilita el alertante (está en el suelo, (...) y asfixiándose, podría haber hecho una convulsión, no se constata respiración), a la médica coordinadora, hacen que esta sospeche la presencia de una PCR, por lo que de forma procedente y sin pérdida de tiempo, da instrucciones para iniciar las maniobras de RCP.

Instrucciones y teleasistencia en las maniobras de RCP que duraron todo el tiempo necesario hasta la llegada del personal sanitario. A las 04:02 minutos, queda activada la ambulancia, es decir, que en aproximadamente tres minutos, se tienen datos suficientes que sugieren la situación de PCR, la filiación del incidente para que el recurso pueda llegar al sitio adecuado, se le está dando información, instrucciones y teleasistencia a la familia, además de iniciar la coordinación apropiada para que la ambulancia operativa más cercana, que se encontraba en su base, siendo la misma un ambulancia de soporte vital básico,

*podiera disponer de equipo sanitario con equipamiento necesario, para poder atender a un paciente en estado crítico.*

*Actuaciones en mi opinión adecuadas y realizadas en un tiempo muy razonable.*

*- Una vez activada la ambulancia de soporte vital básico, esta pasa a recoger al personal sanitario con el equipamiento adecuado, en el Centro de Salud, lo que la convierte en una ambulancia medicalizada, adecuada para asistir a un paciente en estado crítico. La ambulancia llega al domicilio a las 04:10, es decir, a los ocho minutos de su activación, por lo que teniendo en cuenta que no sólo había que contar con el tiempo de traslado de la ambulancia desde su base al domicilio, sino también, la recogida del personal sanitario, que presta asistencia de urgencias en el propio centro, y que ha tenido que preparar el equipamiento específico para la atención de un paciente en PCR, no considero al igual que la directora del SUC, que exista un retraso desproporcionado, todo lo contrario, la gestión de los recursos fue ágil para que el paciente pudiera tener en el menor tiempo posible una atención ajustada a su estado crítico.*

*- Una vez allí, el personal sanitario confirma a la Sala de Coordinación que se trata de un paciente en PCR y comienzan a realizar las maniobras de RCP avanzada, realizando desfibrilación (tres descargas), medicación intravenosa y aislamiento de la vía aérea. Si el gestor del SUC hubiera enviado la ambulancia de soporte vital básico, que era la más cercana al domicilio, sin más, la ambulancia desde luego hubiera llegado antes, pero no hubiera podido realizar con los recursos que tenía una RCP avanzada, por lo que los minutos aprovechados para que el paciente tuviera la mejor atención posible, mientras los familiares eran instruidos para la realización de una RCP básica, no fueron una pérdida de tiempo, sino el tiempo necesario y razonable para la gestión y llegada al lugar de los hechos, de los recursos necesarios para brindar la mejor asistencia posible, dentro de la gravedad de la situación padecida por el paciente. Por lo que se considera que las actuaciones fueron las adecuadas y el tiempo empleado hasta la llegada del recurso el razonable, dentro de una situación de gravedad objetiva.*

*- Asimismo, se dio preferencia por la médico coordinadora del SUC, a guiar a la familia en las maniobras de RCP, teleasistencia que se mantuvo hasta la llegada del personal sanitario, y por el gestor de recursos, a las gestiones para convertir la ambulancia de soporte vital básico en una ambulancia medicalizada, cuestiones estas que se considera eran prioritarias, dado que las posibilidades de supervivencia del paciente dependían en los primeros minutos del inicio inmediato del masaje y de la llegada de los profesionales más cercanos al incidente. La activación de la ambulancia medicalizada que tiene su base en el HUNSC, fue realizada a las 04:12 h (informe de la Directora territorial del SUC, según datos del sistema informático) una vez que la médico coordinadora dejó de realizar la teleasistencia. En este caso la ambulancia de soporte vital avanzado tenía la finalidad de*

*trasladar al paciente al centro hospitalario correspondiente en el caso de que se lograra su reanimación y estabilización, actuaciones que ya se estaba realizando por personal sanitario entrenado y con el equipamiento apropiado.*

*Dicha ambulancia llegó 22 minutos tras su activación (según informe de la propia Directora del SUC) y, por supuesto, colaboró en la reanimación, consiguiendo tras nueva descarga la recuperación del pulso, por lo que el paciente pudo ser trasladado en un recurso dotado con la dotación y equipamiento adecuados para su asistencia durante el traslado. La reanimación del paciente fue posible debido a la actuación de todos los profesionales implicados, que aparte de dar instrucciones y teleasistencia para que los familiares pudieran iniciar de inmediato la RCP básica, realizaron adecuadamente el manejo y activación de los recursos humanos y materiales más cercanos, con el objetivo de comenzar la RCP avanzada lo antes posible.*

*- Pese a que el paciente pudo ser reanimado, tras unos 50 minutos de RCP avanzada, la situación de parada cardiorespiratoria prolongada causó Encefalopatía hipóxico isquémica severa, por lo que tras 31 días de ingreso sin mejoría neurológica, con mal pronóstico vital y funcional, de acuerdo con la familia, se limitaron las medidas de soporte vital y se adoptaron medidas de confort hasta su exitus el día 12/08/18.*

#### CONCLUSIONES

*1.- La ambulancia llega al domicilio a las 04:10 h, es decir, a los ocho minutos de su activación (04:02 h), por lo que teniendo en cuenta que no sólo había que contar con el tiempo de traslado de la ambulancia desde su base al domicilio, sino también, la recogida del personal sanitario, que presta asistencia de urgencias en el propio centro, preparado con el equipamiento específico, no considero al igual que la directora del SUC, que exista un retraso desproporcionado, todo lo contrario, en mi opinión la gestión de los recursos fue ágil para que el paciente pudiera tener en el menor tiempo posible una atención ajustada a su estado crítico.*

*2.- Asimismo, se dio preferencia por la médico coordinadora del SUC, a guiar a la familia en las maniobras de RCP, teleasistencia que se mantuvo hasta la llegada al domicilio del personal sanitario, y por el gestor de recursos, a las gestiones para convertir la ambulancia de soporte vital básico en una ambulancia medicalizada, cuestiones estas que considero eran prioritarias, dado que las posibilidades de supervivencia del paciente dependían en los primeros minutos del inicio inmediato del masaje y de la llegada de los profesionales más cercanos al incidente, por lo que considero que la actuación de los profesionales fue diligente y acorde a las circunstancias.*

*3.- La activación de la ambulancia medicalizada que tiene su base en el HUNSC, quedó registrada a las 04:12 h, siendo realizada por la médico coordinadora una vez concluyó con la teleasistencia. En este caso la ambulancia de soporte vital avanzado tenía la finalidad de trasladar al paciente al centro hospitalario correspondiente en el caso de que se lograra su*

*reanimación y estabilización, actuaciones que ya se estaba realizando por personal sanitario entrenado y con el equipamiento adecuado. Dicha ambulancia llegó 22 minutos tras su activación y, por supuesto, colaboró en la reanimación, consiguiendo tras nueva descarga la recuperación del pulso, por lo que el paciente pudo ser trasladado en una ambulancia con la dotación y el equipamiento apropiados para su asistencia durante el traslado. La reanimación del paciente fue posible debido a la actuación de todos los profesionales implicados, que aparte de dar instrucciones y teleasistencia para que los familiares pudieran iniciar de inmediato la RCP básica, realizaron adecuadamente el manejo y activación de los recursos humanos y materiales más cercanos, con el objetivo de comenzar la RCP avanzada lo antes posible.*

*4.- Humanamente puede comprenderse a los familiares de un paciente en PCR, cuando presuponen que los medios se han retrasado, pero es razonable reconocer que en un medio extrahospitalario la asistencia precisa de una coordinación e intervalo de espera, de unos recursos que no están al lado del paciente, cuando el incidente ocurre.*

*5.- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería y a las circunstancias existentes, teniendo la oportunidad de ser reanimado, de una situación de parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria en la que las posibilidades de supervivencia no exceden del 10%».*

3. Con fecha 2 de noviembre de 2020 se notifica a la parte interesada Acuerdo Probatorio, iniciándose la práctica de la prueba testifical propuesta. Este Acuerdo es notificado a la empresa pública (...) con fecha 8 de febrero de 2021.

Con fechas 8 y 9 de febrero de 2021 se notifica tanto a (...) como al interesado respectivamente el Trámite de Audiencia.

El día 18 de febrero de 2021 se recibe escrito de alegaciones por parte del interesado, manifestando la repetición de la prueba testifical, pues, habiéndose producido error en la determinación del personal de guardia la noche de los hechos, se hace necesario practicar la misma en los testigos correctos. Con fechas 5 y 7 de julio de 2021, se da traslado tanto a (...) como al interesado de la prueba testifical, una vez practicada. Transcurrido el plazo conferido, no se reciben nuevas alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por el interesado, al entender que no concurren los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, ya que no se aprecia

que los tiempos de respuesta de las ambulancias, tal como alega el interesado, hayan sido desproporcionados e injustificados.

### III

1. El Tribunal Supremo, entre otras, en su Sentencia de 28 de marzo de 2007 afirma 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, más 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».*



Así, pues, no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados a su alcance; pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar sólo 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.

2. En el presente caso, la Administración difiere del interesado en que ni ha habido retraso desproporcionado e injustificado de las ambulancias, ni en que ese retraso haya producido un daño cerebral de tal magnitud que privó al afectado de determinadas expectativas de supervivencia, que con cierta probabilidad habrían sido mayores en caso de no haberse producido tal dilación.

Como dijimos en nuestro DCC 232/2020, de 8 de junio, con ocasión de analizar un supuesto similar al que no ocupa, a la vista de las circunstancias del caso valoradas en su conjunto, llegamos a la conclusión de que no concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, pues no solo no se ha probado por el reclamante que ha existido la mala praxis sanitaria en la asistencia sanitaria recibida por su padre, sino que no cabe afirmar que hubo retraso en la puesta a disposición de los recursos sanitarios, ya que los tiempos de movilización y llegada de dichos recursos se ajustaron a los estándares del servicio (menos de 10 minutos desde que se activaron y 12 desde que se llamó al 112).

En esta ocasión, los tiempos se ajustan a lo establecido en la carta de servicios del SUC (asistencia al 80% de emergencias sanitarias en un tiempo inferior a 15 minutos en poblaciones de más de 25.000 habitantes).

El asistido recibió dos ambulancias, una primera de soporte vital básico y otra, de soporte vital avanzado, que llegó aproximadamente 22 minutos después de la primera, dada la probable gravedad del cuadro clínico y los antecedentes del enfermo, advertidos por los familiares al 112.

La primera ambulancia (ASVB), al llegar al lugar del incidente, informa al SUC de la situación clínica del paciente, que se encuentra en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR), continuando las maniobras de resucitación cardiopulmonar ya iniciadas por el interesado, que recibió instrucciones al respecto. Las maniobras del personal sanitario incluyeron el uso de un desfibrilador semiautomático (DESA), cánula de Guedel, Ambu (proporciona aire a presión positiva) y oxígeno. El personal de la segunda ambulancia continúa las maniobras de resucitación avanzada hasta su

recuperación, pero en total está 50 minutos en parada cardiorrespiratoria, lo que le causó al finado una encefalopatía hipóxico isquémica severa, por lo que tras 31 días de ingreso sin mejoría neurológica, con mal pronóstico vital y funcional, de acuerdo con la familia, se limitaron las medidas de soporte vital y se adoptaron medidas de confort hasta su exitus el día 12 de agosto de 2018.

La reanimación cardiopulmonar realizada por los Servicios de Emergencia no precisaba de consentimiento informado y tampoco el resto de actuaciones llevadas a cabo en el Hospital, consistente en continuar el tratamiento de soporte vital.

Es parecer de este Consejo Consultivo que esta ocasión se aplicaron todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados y justificados por su grave situación clínica.

En definitiva, no resulta probado que el enfermo, como afirma su hijo, sufriera un daño cerebral de tal magnitud, debido al retraso desproporcionado e injustificado tanto de la ambulancia de SVB como la de SVA, que le privó de determinadas expectativas de supervivencia, que con cierta probabilidad habrían sido mayores en caso de no haberse producido tal dilación. Antes al contrario, del conjunto de actuaciones practicadas en el curso del procedimiento ha quedado demostrado que el SCS ajustó en todo momento su actuación a la «*lex artis*».

De lo anterior se desprende que no concurre la necesaria relación de causalidad entre los daños por los que se reclama y la actuación del servicio público sanitario, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad promovida por el interesado, se ajusta a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la pretensión resarcitoria del interesado, se ajusta a Derecho.