

D I C T A M E N 3 0 2 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de junio de 2024.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en nombre y representación de (...), (...) y (...), por los daños y perjuicios causados a (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 264/2024 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 27 de abril de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 29 de abril de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) en nombre y representación de (...), (...) y (...) solicitando una indemnización por los daños supuestamente causados por la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud a (...)

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (73.508 euros para cada uno de los progenitores y 19.995,47 euros para la hermana del fallecido) determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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

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

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. Los reclamantes, padres y hermana del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.

Sobre la legitimación activa de los herederos del fallecido, en el Dictamen 245/2015, de 6 de julio, se recoge nuestra reiterada doctrina sobre este asunto, que es plenamente aplicable al supuesto analizado. Así señalamos en el citado Dictamen:

«La obligación de indemnizar el daño producido por la acción u omisión de un sujeto no surge del hecho causante, sino de su resultado lesivo que es el daño y que es lo que hay que resarcir. El primero sin el segundo no engendra responsabilidad patrimonial, por lo que en reclamaciones de la naturaleza de la presente esa responsabilidad surge siempre del hecho de la muerte, por lo que al extinguirse por ella la personalidad de la víctima, esta no adquiere en vida ningún derecho a ser indemnizada que, integrado en su patrimonio, transmite luego mortis causa. Sólo los vivos son capaces de adquirir derechos y únicamente son transmisibles por vía hereditaria los derechos que al momento del fallecimiento del causante se hallasen integrados en su patrimonio. De ahí que si en nuestro Ordenamiento se contempla un derecho a indemnización por causa de muerte (art. 113 del Código Penal en relación con los arts. 138 a 143 y 621.2 del mismo, art. 1.902 del Código Civil, apartado 1º.5 del Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro de la Circulación de Vehículos a Motor, etc.), su titularidad no es derivativa mortis causa ya que, como se ha visto, no puede sucederse en algo que no ha ingresado en el patrimonio del causante sino que es un derecho que se adquiere originariamente y que, por ende, es

ejercitable ex iure proprio por aquellos que han sido perjudicados por la muerte de la víctima.

Este perjuicio lo sufren aquellos que compartían su vida con la víctima, formando una comunidad de vida a la que pone fin esa muerte que, eventualmente, puede producir una disminución de ingresos o un desamparo económico para los supervivientes y un daño moral por la ruptura de la íntima convivencia y de los lazos de afecto, presumiéndose este daño moral en sus parientes más directos por línea recta ascendente o descendiente, prefiriéndose siempre, con exclusión de los demás, a sus más estrechos allegados que son los que convivían con la víctima y compartían con ella sus ingresos comunes o dependían de ella económicamente; estimándose que no existe perjuicio indemnizable cuando nadie ha quedado desamparado o disminuido económicamente ni se ha sufrido daño moral, porque se había abandonado en vida a la víctima o roto toda relación con ella.

En la presente reclamación, los interesados no han alegado ningún perjuicio económico que les haya irrogado el óbito de su deudo, por lo que están legitimados exclusivamente por el daño moral que la muerte de aquel les ha causado. (Doctrina reiterada en los DDCC 405/2015, 228/2020, 232/2020 y 562/2020)».

Por tanto, aplicada la citada doctrina al presente caso, los padres y hermana del fallecido están legitimadas exclusivamente por el daño moral que la muerte de su hijo y hermano, respectivamente, les ha causado.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Del mismo modo, están legitimados pasivamente la empresa pública Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (...) y la empresa contratista del servicio de transporte sanitario terrestre, que según los documentos incorporados al expediente es la empresa ISCAN Servicios integrales.

La empresa Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (...) es una empresa pública del Gobierno de Canarias, adscrita a la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad y a la Consejería de Sanidad, que tiene encomendada en su objeto social una amplia cartera de servicios, como son las urgencias y el transporte sanitario, la coordinación de las emergencias, la formación para la salud y la seguridad pública o la gestión económica y la recaudación sanitaria.

La Sociedad Mercantil Pública (...) tiene atribuido en el art. 1 de sus Estatutos Sociales la consideración de medio propio personificado de la Administración Pública

de la Comunidad Autónoma de Canarias y de las entidades vinculadas o dependientes de la misma, en orden a la gestión de encargos para la ejecución de obras, suministros y prestación de servicios. El objeto social de (...) se encuentra recogido en el art. 2 de sus Estatuto. De lo anterior, se concluye que es una empresa pública, que actúa como medio propio instrumental de la CAC para gestionar el transporte sanitario (art. 2 de su estatuto).

Con fecha 27 de diciembre de 2007 se firmó un Convenio para la ejecución del transporte sanitario en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, entre SCS y (...), modificado mediante Adenda de fecha 11 de abril de 2008, lo que supuso que (...) llevase a cabo el procedimiento para la contratación de los servicios de transporte sanitario terrestre.

Por tanto, teniendo en cuenta que la reclamación se fundamenta en el anormal funcionamiento del servicio de transporte sanitario terrestre, al considerar que fue excesivo el tiempo transcurrido entre la llamada al 112 alertando del accidente y su llegada al Hospital Dr. Negrín, a lo cual se imputa el fallecimiento del paciente, resulta evidente que ostenta legitimación pasiva no sólo el SCS titular del servicio de transporte sanitario urgente, sino la empresa pública que tiene encomendada su gestión y la empresa prestadora del servicio a través del oportuno contrato administrativo de servicios, por aplicación del art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

De esta manera, resulta necesario que se le comunique la tramitación del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial a los efectos de que pueda personarse en el mismo, proponer las pruebas y realizar las alegaciones que estime oportunas en defensa de sus derechos e intereses legítimos (véase, entre otros, el Dictamen 362/2020, de 1 de octubre), lo cual no se ha producido en este caso. Pero no es necesaria la retroacción del procedimiento por esta causa al no haberse producido una indefensión material, y no afectarle la resolución dictada al ser la misma desestimatoria.

No consta que se haya llamado al procedimiento a la citada empresa como interesada y presunta responsable del daño ocasionado; sólo se emplaza a la empresa pública (...). No obstante, (...) traslada la reclamación y solicita información y documentación, que se aporta, al Servicio de Urgencias Canario.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP, puesto que la reclamación

se presenta el 29 de abril de 2021 en la que se solicita una indemnización por el fallecimiento de (...) el día 30 de mayo de 2020.

6. 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).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, en la Propuesta de Resolución se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado en el escrito de reclamación en los siguientes términos:

«(...) sufrió accidente de tráfico el día 28/5/2020 sobre las 14:55 horas mientras circulaba con su motocicleta 3836KFX por la carretera GC-200 (dirección Agaete - Puerto Mogán), a la altura del km 6´400. En dicho accidente sufrió policontusiones con fracturas múltiples, destacando una fractura abierta de fémur con hemorragia. Inmediatamente se llamó al 112.

Tardó 45 minutos en llegar una "ambulancia no medicalizada" (pese a estar a solo 7 km del Centro de Salud de Agaete). Unos 15 minutos después llegó una "ambulancia medicalizada" y, por razones que se desconocen, no llegó al Hospital Dr. Negrín hasta las 17:03 horas (según consta en informes médicos).

El excesivo tiempo transcurrido desde que se llamó al 112 (a las 14:55) hasta que llegó al Hospital Dr. Negrín (más de 2 horas), provocó que su situación médica empeorara debido a la gran pérdida de sangre sufrida por la hemorragia interna vinculada a la fractura abierta de fémur, resultando imposible a los facultativos del hospital revertir su grave situación, que desembocó finalmente en su fallecimiento el 30 de mayo a las 7:00 de la mañana. Los propios médicos del Hospital Dr. Negrín informaron a los familiares del fallecido (padres y hermana) que el tiempo transcurrido desde el accidente hasta su llegada al hospital con la consecuente pérdida de sangre había complicado enormemente su situación, siendo su estado extremadamente grave.

Consideramos que el despliegue de medios fue defectuoso y extremadamente tardío, pues dada la gravedad de las lesiones debió haberse enviado un helicóptero medicalizado o, como mínimo, haber enviado con mayor premura la ambulancia medicalizada que lo llevó al Hospital Dr. Negrín.

Entendemos existió negligencia en la elección y despliegue de medios, así como en el excesivo tiempo empleado para ello».

2. El relato fáctico anterior es el contenido en la reclamación de responsabilidad patrimonial; ahora bien, del examen del contenido del expediente remitido a este Consejo Consultivo, se desprenden los siguientes hechos relevantes para el análisis de la conformidad a Derecho de la propuesta de resolución:

- (...) mientras circulaba con su motocicleta por la carretera GC-200 (Agaete-Puerto de Mogán) junto con dos amigos que circulaban con sus respectivas motocicletas detrás del accidentado, desde Agaete hacia la Aldea de San Nicolás, sufrió un accidente en el punto kilométrico 6,400 cuando se procedía a adelantar a otra motocicleta, produciéndose una salida de vía por el margen izquierdo con posterior retorno a la calzada saliéndose por el margen derecho y chocando con la barrera metálica de protección. Los hechos ocurrieron sobre las 14:55 horas del día 28 de mayo de 2020, y el accidente está perfectamente descrito en el atestado de la Guardia Civil de tráfico (folios 4- 50).

- El 28.05.20 a las 14:52 horas se recibe alerta 1-1-2 por accidente de tráfico. En esa llamada el alertante comunica que se ha producido un accidente de moto en la carretera de Agaete hacia la Aldea , antes de llegar al Risco, comunica que en el lugar está una persona de Cruz Roja que está asistiendo al accidentado y que tiene una fractura abierta. El interlocutor del CECOES 112 le comunica que le pasan con un Médico pero quien responde es un enfermero, quien pregunta el estado del paciente. El alertante indica que hay un TES de Cruz Roja en el lugar del siniestro y que tiene fractura de fémur derecho.

Tras el interrogatorio realizado al alertante y recogida de datos consta: « (...) *Consciente y orientado, respira, con casco, posible fractura de miembro inferior izquierdo (...)* ».

- Con estos datos, el Enfermero Coordinador responsable del incidente asignó además de la Ambulancia de Soporte Vital Básico (ASVB), un Médico y enfermero de Centro de Salud de Agaete.

Se activa el recurso Ambulancia de Soporte Vital Básico (ASVB) del Servicio de Urgencias Canario (SUC) con base más cercana en Gáldar que recoge al personal sanitario, médico y enfermero del Centro de Salud de Agaete para acudir al lugar del accidente llegando a las 15:29 h. (37 min de la recepción de la alerta).

- El médico del Centro de Salud una vez llega al lugar y valorado el paciente, llama al 112. El CECOES 112 inicialmente comunica que se pasa la llamada al médico, pero nuevamente responde el enfermero Coordinador responsable del incidente. El

Médico del CS le informa de la gravedad del paciente y de su inestabilidad clínica, y que solicita se active una ambulancia medicalizada. El enfermero le indica que la ambulancia medicalizada será activada pero que está en otro incidente, de modo que se solicita que el paciente, tras su estabilización, sea llevado al Centro de Salud de Agaete, donde estará la ambulancia medicalizada para su traslado al Hospital.

Se activa entonces el vehículo medicalizado (ASVA) a las 15:32 h. En ese momento no está disponible por encontrarse en otro accidente de tráfico en Guía.

- A las 15:48 h, 19 minutos después de la llegada de ASVB, y 16 minutos después de ser activada, llega al Centro de Salud de Agaete la ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA medicalizada), por lo que la atención es continuada por el médico y enfermero de la ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA medicalizada):

« (...) Presenta Glasgow 14. TA 80/40, frecuencia cardíaca 150, frecuencia respiratoria: 28.

Se observa herida incisa en tercio medio de muslo derecho con pérdida de sustancia e importante sangrado y fractura de fémur asociada, dolor y crepitación costal izquierdo y deformidad de tercio medio de pierna izquierda cerrada.

Se canalizan dos vías venosa periféricas nº 18, MSD y MSI para medicación y fluidoterapia para reposición de volemia, se coloca sonda vesical nº 16 sin hematuria.

Se procede a intubación orotraqueal por dolor incontrolable y agitación con tubo nº 8.

Se estabilizan las fracturas con férulas en ambos miembros inferiores lo que permite la inmovilización y compresión de la zona sangrante, collarín cervical y colchón de vacío».

- La salida hacia el Hospital se produce a las 16:16 horas. La hora de llegada al H. Dr. Negrín está reflejada a las 17:01 horas (2 horas 9 minutos tras la alerta), estando avisado previamente el Servicios de Urgencias de su evacuación y estado de gravedad.

- A la llegada de la ambulancia el paciente presenta Glasgow de 14 con vía aérea permeable, Glasgow 14, TA 80/40, FC 150, fr 28 pero importante agitación con gran dificultad para control analgésico, por lo que se procede a la IOT (Cormack-Lehane I), se constata herida incisa en tercio medio de muslo derecho con pérdida de sustancia e importante sangrado y fractura de fémur asociada: dolor y crepitación costal izquierdo y deformidad de tercio medio de pierna izquierda cerrada. Se estabilizan las fracturas y se coloca férula neumática para compresión de fractura

abierta en muslo derecho, transfundiéndose 3000 ml de sueroterapia durante el traslado al Hospital Doctor Negrín.

- Ingreso en Críticos del HUGCDN: TA: 60/40, FC: 121. FR: Pálido, mal perfundido. Pelvis estable, aun así se coloca cinturón. Sangrado activo femoral derecho, se coloca torniquete cesando el sangrado parcialmente. Desgarro perineal e inguinal izquierdo, aparentemente superficial, no sangrante. Se realizan pruebas diagnósticas, analíticas, radiografías, ecofast, cifras de hemoglobina de 7 g/dl. Se activa programa de transfusión masiva (17:32 h). Dado que no responde a la reanimación y en situación de shock hemorrágico se traslada a quirófano para control de sangrado femoral en la situación descrita alrededor de las 18:00 h a cargo del Servicio de Cirugía ortopédica y traumatología donde se observa la fractura abierta en diáfisis de fémur derecho con afectación en partes blandas, se procede a lavado y desbridamiento de tejidos desvitalizados, fijación externa y reducción del foco de fractura. Cifras de hemoglobina al final de la cirugía 11.5 lo que es adecuado (>10 g/dl para correcta oxigenación cerebral).

La cirugía bajo anestesia general balanceada de 3 horas de duración realizándose desbridamiento + lavado + fijador externo de fractura diafisaria de fémur derecho tipo IIIC y radiografía de tibia + peroné izquierdo y se objetiva fractura diafisaria de tibia + peroné + fractura a nivel de sacroiliaca izquierda. No incidencias quirúrgicas

Consultado el Servicio de Cirugía Vascular tras realización de Angio-Tac y Doppler no se constatan hallazgos que requiera cirugía urgente por su especialidad.

Se realiza TAC total body con el siguiente resultado:

«- Cráneo: No lesiones hemorrágicas intracraneales agudas, ni líneas de fractura. Buena diferenciación sustancia gris - sustancia blanca No expansividad. Nivel hidroaéreo en seno maxilar izquierdo y ocupación parcial de celdillas etmoidales con material de densidad partes blandas, relación probable a hemosinus.

- Columna cervical: La columna cervical presenta una correcta alineación, sin fracturas, ni luxaciones, ni subluxación intersomáticas.

- Tórax: Pequeña cámara de neumotórax bilateral. El izquierdo presenta tubo de drenaje en su interior y asocia enfisema subcutáneo. Fracturas de la 7 a la 12 arcos costales izquierdos, asociando una consolidación lóbulo inferior en relación a contusión pulmonar. Fracturas de las apófisis transversas derechas de las vértebras T5 a T10. Fractura no desplazada del cuello de la escápula izquierda. Tubo endotraqueal con extremo distal a 4,1 cm de la carina.

- *Abdomen: Sonda vesical en interior de la vejiga urinaria. La pared de esta última no es posible visualizarla en todo su recorrido. Asocia líquido libre que se distribuye en el espacio prevesical y en pelvis, de baja densidad. Estos hallazgos podrían estar en relación con rotura vesical. Mínima cantidad de líquido perivesicular, sin signos inflamatorios que sugieran colecistitis aguda. No se identifican signos de sangrado activo. Fractura con trazo craneocaudal en ala sacra izquierda, sin afectación de los agujeros de conjunción.*

- *Miembros inferiores: Permeabilidad de los vasos arteriales de miembros inferiores hasta huecos poplíteos, encontrándose filiformes en relación a bajo gasto. Fractura oblicua con ligero desplazamiento de fragmentos del tercio medio de la diáfisis femoral derecha, reducida con fijador externo. Fractura conminuta de tibia izquierda, que se acompaña de fractura de peroné».*

Valorado por Cirugía Torácica y Urología

- Pasa a la Unidad de Reanimación y es a las 10.36 h del 29 de mayo de 2020 cuando sufre deterioro neurológico severo y en TAC craneal se describe un cerebro muy edematoso, sin existir lesiones intracerebrales evacuables.

CT cráneo urgente objetivándose signos de expansividad severa donde no se puede descartar encefalopatía hipoxico-isquémica. Se avisa a neurocirugía y se decide craneotomía descompresiva bifrontal emergente. Se observa edema cerebral masivo.

Se realiza eco doppler transcraneal por sospecha de muerte cerebral.

Se insonan territorios de ambas ACM con patrón de pico sistólico con diástole invertida compatible con muerte cerebral. No se aprecia flujo en arteria basilar ni cerebrales posteriores. Estudio compatible con muerte cerebral

Dadas las lesiones cerebrales irreversibles evoluciona desfavorablemente y es exitus en la mañana del 30 de mayo de 2020.

En informe de Medicina Intensiva consta como diagnóstico principal:

«*Politrauma grave: Fractura de fémur (oblicua en tercio medio de la diáfisis femoral derecha) que asocia sangrado activo, fractura de tibia y peroné, fractura sacroiliaca, izquierda, neumotorax izquierdo drenado, mínima cámara de neumotorax derecho, Fracturas de 7 a 12 arco costales izquierdos, contusión pulmonar. Fracturas de las apófisis transversas derechas de las vértebras T5-T10. Fractura no desplazada del cuello de la escápula izquierda. -Posible rotura vesical. Fractura craneocaudal en ala sacra izquierda sin afectar agujeros de conjunción -Fractura oblicua en tercio medio de la diáfisis femoral derecha. Edema cerebral masivo con Craneotomía descompresiva bifronto temporal. Politransfusión. Muerte cerebral».*

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 29 de abril de 2021 por (...) actuando bajo la representación de (...) En dicha reclamación se solicita una indemnización de 19.995,47 €.

Se aportan los siguientes documentos relevantes: atestado, informes médicos del Hospital Dr. Negrín, solicitud al SUC-112 de grabaciones telefónicas e informe sobre comunicación del accidente y las decisiones sobre la elección de medios.

2. El 6 de mayo de 2021, se notifica a la reclamante requerimiento a fin de que subsane y mejore la reclamación formulada, en el sentido de que indique el domicilio de los padres del fallecido a fin de que si lo desean puedan personarse.

3. El 6 de mayo de 2021 tiene entrada escrito presentado por (...), padre del fallecido, actuando bajo la representación de (...), por el que, sobre la base de los mismos hechos y fundamentos, reclama una indemnización por el fallecimiento de su hijo por importe de 73.508,17 €.

4. En la misma fecha (6 de mayo de 2021) (...), madre del fallecido, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los mismos hechos, reclamando una indemnización por el fallecimiento de su hijo por importe de 73.508,17 €.

5. El día 10 de mayo de 2021 se dicta la Resolución n.º 2397/2021 del Secretario General del SCS actuando por delegación del Director del SCS, por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...) en nombre y representación de (...), (...) y (...).

Se notifica a los reclamantes y a la empresa (...).

6. Consta que en la fase de instrucción se solicitaron los siguientes informes, con el siguiente resultado:

- El 26 de julio de 2023 el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que, tras el análisis de la documentación facilitada por la reclamante, la historia clínica obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) y el informe emitido por (...) ((...)) de fecha 8 de junio de 202, emite informe desfavorable a la reclamación de responsabilidad patrimonial, concluyendo lo siguiente:

«1.- Se tomará en consideración la dificultad de la orografía noroccidental de la Isla de Gran Canaria para el aterrizaje de helicóptero medicalizado (HM) en carretera sinuosa en zona de talud lateral y plataforma escasa sin arcones (6 m), con tramos de pendiente que en este caso no planteó activar dicho recurso.

Por otra parte, en la primera llamada de alerta, la situación manifestada no era contraria a la remisión del recurso ASVB con personal sanitario del centro de salud.

2.- En este caso, dos horas con medios terrestres no lo estimamos excesivo ni desproporcionado.

El accidentado es atendido desde las 15:29 h por personal médico y enfermería del Centro de Salud de Agaete, y se objetiva la inestabilidad que presenta. La ASVA se encontraba en otro accidente de tráfico en Guía y es derivada a las 15:32 h al incidente que nos ocupa llegando a las 15:48 h. Mientras es trasladado estaba sometido a medidas de mantenimiento con personal médico adecuado.

3.- Cuando llega al Hospital se efectúa valoración, pruebas diagnósticas inicia transfusión de componentes y se traslada a quirófano para estabilización de las fracturas. No precisó intervención quirúrgica por Cirugía Vascular, no se objetivó lesión vascular en las pruebas realizadas. A pesar de cuantas medidas se adoptan se añade el edema cerebral que se observa en la mañana del día 29, y que finalmente evoluciona a exitus en la mañana del 30 de mayo de 2020».

Se aportan junto con el informe los siguientes documentos:

- Copia de la historia clínica del paciente (...) en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN).

- Informe emitido por (...) de fecha 8 de junio de 2021 (folios 202-211).

7. Con fecha de 29 de agosto de 2023, se admiten las pruebas propuestas por los interesados, se incorporan como prueba documental los informes recabados por la Administración en período de instrucción y aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones en fecha 26 de julio de 2023 y se procede a la apertura del periodo probatorio. Se acuerda recabar del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad las grabaciones telefónicas realizadas al 112 el día del accidente (28/05/2020).

8. El 22 de diciembre de 2023 se remite por (...) las grabaciones telefónicas solicitadas.

9. Con fecha de 26 de diciembre de 2023, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo a la reclamante y a (...) un plazo de 10 días a fin de que

pudiese formular alegaciones, aportar documentos y justificaciones que tuviese por conveniente. Se notifica el día 28 de diciembre de 2023 los reclamantes y el día 2 de enero de 2024 a (...).

Transcurrido dicho plazo no se formulan alegaciones.

10. Con fecha 23 de abril de 2024 por la Secretaria General del SCS, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

En la Propuesta de Resolución se sustenta la desestimación, en síntesis, en que los servicios sanitarios actuaron diligentemente remitiendo los recursos (ambulancias) disponibles y únicos posibles dada la orografía del lugar del accidente. Además, se considera que a la vista de los tiempos en que llegaron los recursos sanitarios, la gravedad de las lesiones sufridas por el accidentado, no se ha demostrado la posibilidad de obtener un resultado diferente y más favorable para el mismo.

IV

1. Con carácter preliminar al examen de las cuestiones de fondo que se plantean en el presente procedimiento, debemos recordar los requisitos necesarios para que proceda la declaración de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Para ello debemos citar el art. 106.2 de la Constitución Española, a tenor del cual:

«Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o

anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso nº 1308/2012, ponente (...), Roj STS 4942/2014 , FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, recurso n.º 4397/2010 , ponente (...), Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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 , por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis , no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite

trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina, su aplicación al caso concreto nos lleva a examinar las siguientes cuestiones de fondo:

Las reclamantes sustentan su acción resarcitoria en la incorrecta actuación en la elección y despliegue de medios para trasladar al paciente desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario, pues por una parte consideran que debió haberse enviado un helicóptero medicalizado o, como mínimo, haber enviado con mayor premura la ambulancia medicalizada, lo que conllevó a un tiempo excesivo en el traslado, lo que fue determinante del resultado final de su fallecimiento.

En relación con el fundamento de la reclamación, debemos distinguir entre la existencia de retraso, por una parte, y sus consecuencias, por otra.

Respecto a lo primero, existen tres medios de prueba principales en el presente procedimiento:

Por una parte, las llamadas telefónicas realizadas al 112 el día del accidente (28/05/2020).

Por otra, el informe emitido por (...) de fecha 8 de junio de 2021, que viene acompañado del informe elaborado por el Servicio de Urgencias Canario, las fichas de la aplicación informática del CECOES (PGE) sobre este caso y los partes de asistencia de las dos ambulancias intervinientes.

Y finalmente, el informe del SIP.

Alegan los reclamantes que la ambulancia no medicalizada tardó 45 minutos en llegar desde la alerta al 112 pese a estar a solo 7 km del Centro de Salud de Agaete.

Sin embargo, de las pruebas antedichas se deriva:

Que se recibe la alerta a las 14:52 horas, que se activa la ambulancia de soporte vital básico (ASVB) con un Médico y enfermero de Centro de Salud de Agaete. La ASVB no se encontraba en Agaete sino en Gáldar, que era la base más cercana, y que recoge al personal sanitario médico y enfermero del Centro de Salud de Agaete para acudir al lugar del accidente llegando a las 15:29 h. (37 min de la recepción de la alerta).

Teniendo en cuenta que al tiempo de traslado en carretera hay que sumar el tiempo necesario para dar la oportuna información sobre el estado del paciente, su localización, etc. al CECOES 112, y las comunicaciones internas para activar el servicio y recogida del personal sanitario, no se considera excesivo el tiempo transcurrido.

Sobre la posible activación de un helicóptero medicalizado, tal posibilidad fue descartada por la localización del accidente. El coordinador sanitario no lo asignó dada la dificultad orográfica de la zona para su aterrizaje. Tal y como describe el atestado de la Guardia Civil, se trataba de una vía única de doble sentido con una anchura de 6 metros, sin arcones, ni aceras, con un margen de talud rocoso positivo y terreno a desnivel.

En el informe del SIP se indica al respecto:

«De haber activado inicialmente el Helicóptero medicalizado (HM), de estar disponible, con base en el aeropuerto de Gran Canaria y contando con punto de aterrizaje en lugar próximo al accidente en ningún caso el tiempo de llegada para comenzar la valoración y primera asistencia se realizaría antes de 37 minutos, como ocurrió con el recurso terrestre ASVB».

En cuanto a la posibilidad de activación inicial de ambulancia de soporte vital avanzado (ASVA), esa decisión depende de la información que el alertante suministra al CECOES 112 sobre el estado del paciente, y en este punto, escuchadas las grabaciones se considera que la información que se dio en ese primer momento no indicaba la gravedad del paciente que posteriormente fue advertida por el Médico que lo atendió *in situ*. El alertante comunica que se ha producido un accidente de moto en la carretera de Agaete hacia la Aldea, antes de llegar al Risco, comunica que en el lugar está una persona de Cruz Roja que está asistiendo al accidentado y que tiene una fractura abierta. El interlocutor del CECOES 112 le comunica que le pasan con un Médico pero quien responde es un enfermero, quien pregunta el estado del paciente. El alertante indica que hay un TES de Cruz Roja en el lugar del siniestro y que tiene fractura de fémur derecho.

Tras el interrogatorio realizado al alertante y recogida de datos consta: « (...) Consciente y orientado, respira, con casco, posible fractura de miembro inferior izquierdo (...) ».

Por otra parte, en la reclamación se indica que unos 15 minutos después llegó una «ambulancia medicalizada» y, por razones que se desconocen, no llegó al Hospital Dr. Negrín hasta las 17:03 horas (según consta en informes médicos).

Pues bien, en las grabaciones se escucha cómo el Médico del Centro de Salud desplazado al lugar del accidente, se comunica con el CECOES 112 y nuevamente responde el enfermero Coordinador responsable del incidente. El Médico del CS le informa de la gravedad del paciente y de su inestabilidad clínica (TA 80/40, SO2 90%) y solicita se active una ASVA. El enfermero le indica que la ambulancia medicalizada será activada pero que está en otro incidente, de modo que se solicita que el paciente, tras su estabilización, sea llevado al Centro de Salud de Agaete, donde estará la ambulancia medicalizada para su traslado al Hospital. Por tanto, para evitar demora se traslada al paciente en la ASVB hasta el CS de Agaete donde le espera la ASVA.

La ambulancia medicalizada (ASVA) a pesar de estar en otro accidente de tráfico en Guía, tarda 16 min. desde su activación hasta llegar al Centro de Salud de Agaete y en ese momento la atención es continuada por el médico y enfermero de la ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA medicalizada). Ante el estado del paciente, tienen que canalizar dos vías venosa periféricas para medicación y fluidoterapia para reposición de volemia, colocar sonda vesical, proceder a intubación orotraqueal y estabilizar las fracturas con férulas en ambos miembros inferiores lo que permite la inmovilización y compresión de la zona sangrante, collarín cervical y colchón de vacío.

En toda esta asistencia se tardan 28 minutos, ya que la ASVA llega a las 15:48 y sale hacia el hospital a las 16:16 horas.

La salida hacia el Hospital se produce a las 16:16 horas. La hora de llegada al H. Dr. Negrín está reflejada a las 17:01 horas (2 horas 9 minutos tras la alerta), estando avisado previamente el Servicios de Urgencias de su evacuación y estado de gravedad.

Por tanto, analizados todos estos datos podemos concluir que el tiempo transcurrido desde la alerta hasta la llegada del paciente al Hospital no se considera excesivamente largo, a la vista de las circunstancias concurrentes, como fue el lugar del accidente, el estado del paciente, las necesarias asistencias in situ antes del traslado al centro hospitalario, etc. Aunque el desplazamiento por medio terrestre fue de unos 41 km (unos 45 min.) deben tenerse en cuenta el tiempo necesario e indispensable para llevar a cabo el efectivo traslado, como es la comunicación con el CECOES y activación de los recursos y valoración clínica, estabilización y monitorización del paciente con las actuaciones que se consideren necesarias para

resolver o mejorar la situación del mismo antes de iniciar el traslado, primando no sólo la rapidez sino también la seguridad.

Por su parte, en el informe del SIP se recalca que el paciente empieza a recibir asistencia sanitaria a los 37 min de recibir la alerta. Y añade:

«A pesar de la más que probada importancia del tiempo de respuesta, no existe un estándar a nivel internacional que marque un intervalo que debe ser cumplido. El tiempo de respuesta comprende desde que el servicio de emergencias recibe la llamada hasta que el paciente empieza a ser atendido. Para la categoría con pacientes con mayor riesgo de muerte, p.ej: paro cardíaco o respiratorio, se establece un promedio de 10 minutos, pudiendo atender al paciente en menos de 15 minutos en el 90 % de los casos. Respecto a otras categorías, el promedio a mantener es de 20 minutos, respondiendo al 90 % de los casos en menos de 40 minutos. Con carácter general, las urgencias extrahospitalarias en zonas urbanas por término medio tienen como tiempo de respuesta adecuado sobre quince o veinte minutos. En el presente caso nos encontramos en zona interurbana/rural, hasta 35 minutos».

Y añade el SIP:

«16:16 h salida de ASVA hacia el Hospital. Hora de llegada al HUGCDN 17:01 h. 45 minutos de desplazamiento en medio terrestre (41 km por carretera).

Es en este punto cuando, de haber activado el HM en condiciones favorables concurriendo disponibilidad y posibilidad de punto de aterrizaje, pudo haber sido minorado en 15-20 minutos el tiempo transcurrido, sin que ello permita afirmar que la evolución sufrida por las graves lesiones tuviera por causa este tiempo.

En supuestos similares, en cuanto distancia al centro sanitario, en lugares que permiten el aterrizaje y en el caso de encontrarse disponible el helicóptero, el tiempo medio necesario para la evacuación en helicóptero medicalizado (HM) desde la alerta hasta la llegada al centro hospitalario aproximadamente es de 1 hora 40 minutos».

Por otra parte, y en aras de analizar todas las cuestiones que se plantean, resta determinar si el tiempo invertido en trasladar al enfermo al hospital influyó o no en el pronóstico, pues no basta con probar que existió una demora excesiva en la atención sanitaria, sino que esa demora influyó decisivamente en el resultado dañoso.

En este punto en la reclamación se indica que los propios médicos del Hospital Dr. Negrín informaron a los familiares del fallecido (padres y hermana) que el tiempo transcurrido desde el accidente hasta su llegada al hospital con la consecuente pérdida de sangre había complicado enormemente su situación, siendo su estado extremadamente grave.

En primer lugar, hay que poner de relieve que dicha afirmación no se sustenta en ningún medio probatorio, no habiendo aportado informe pericial médico que acredite la necesaria relación causal entre un supuesto retraso y el fallecimiento.

Por otra parte, aunque así fuera habría que distinguir entre el tiempo que necesaria e indefectiblemente debe transcurrir desde el accidente hasta la llegada al Hospital, de un retraso por un tiempo excesivo de traslado. Es decir, resulta evidente que cuanto menos tiempo pase desde que se produce un accidente con lesiones hasta que el paciente es atendido mejora las probabilidades de curación o de conseguir un resultado más favorable, pero inexorablemente hay un transcurso del tiempo que resulta necesario y normal de modo que sólo cuando exista una demora excesiva en la atención sanitaria es cuando puede considerarse causa del resultado dañoso.

En el presente caso, consta que cuando llega al Hospital se efectúa valoración, pruebas diagnósticas, inicia transfusión de componentes y se traslada a quirófano para estabilización de las fracturas. No precisó intervención quirúrgica por Cirugía Vascular, no se objetivó lesión vascular en las pruebas realizadas. A pesar de cuantas medidas se adoptan se añade el edema cerebral que se observa en la mañana del día 29, y que finalmente evoluciona a exitus en la mañana del 30 de mayo de 2020. En relación con esta patología se ha de señalar que, en el momento de su ingreso en el HUGCDN se le practicó TAC Total Body en el que se objetivó *«Cráneo: No lesiones hemorrágicas intracraneales agudas, ni líneas de fractura. Buena diferenciación sustancia gris - sustancia blanca No expansividad. Nivel hidroaéreo en seno maxilar izquierdo y ocupación parcial de celdillas etmoidales con material de densidad partes blandas, relación probable a hemosinus»*. Como es de ver, en ese momento inicial, las pruebas diagnósticas no evidenciaban en la zona craneal ni lesiones hemorrágicas intracraneales agudas, ni fracturas. No siendo hasta las 10:36 horas del día 29 de mayo de 2020 -casi veinte horas después del siniestro- cuando se manifiesta el edema cerebral que, desgraciadamente, evolucionó a exitus. Pues bien, teniendo en cuenta estos datos, se ha de concluir que el tiempo invertido en el traslado del paciente hasta el centro hospitalario no influyó en la aparición del edema cerebral que desgraciadamente precipitó el fatal desenlace, toda vez que dicha patología se manifestó -como hemos advertido- veinte horas después del siniestro, tal como se constata además en el TAC Total Body efectuado en el momento del ingreso que concluyó que no existían lesiones hemorrágicas agudas ni líneas de fractura en el cráneo.

Asimismo, consta en la historia clínica que fue un caso de Politrauma grave: Fractura de fémur que asocia sangrado activo, fractura de tibia y peroné, fractura sacroiliaca, izquierda, neumotorax izquierdo drenado, Fracturas de 7 a 12 arco costales izquierdos, contusión pulmonar. Fracturas de las apófisis transversas derechas de las vértebras T5-T10. Fractura no desplazada del cuello de la escápula izquierda. Posible rotura vesical. Fractura craneocaudal en ala sacra izquierda sin afectar agujeros de conjunción -Fractura oblicua en tercio medio de la diáfisis femoral derecha. Edema cerebral masivo con Craneotomía descompresiva bifronto temporal. Politrásfusión. Muerte cerebral.

En este caso los reclamantes no han logrado fundamentar su afirmación de la existencia de un retraso negligente por los servicios de transporte sanitario, ni tampoco aportan elementos de prueba en que sustentar la presunción de que una mayor celeridad en la prestación de los mismos habría evitado el fatal desenlace, dada la extrema gravedad de las lesiones que el accidente produjo. Al respecto, en la Propuesta de Resolución se indica que a la vista de los tiempos en que llegaron los recursos sanitarios, la gravedad de las lesiones sufridas por el accidentado, no se ha demostrado la posibilidad de obtener un resultado diferente y más favorable para el mismo.

Por tanto, podemos concluir, tras el análisis del expediente que no ha habido demora injustificada en la prestación de la asistencia sanitaria, se ha puesto al servicio del accidentado los medios humanos y materiales disponibles de una manera razonable, sin que los interesados hayan aportado prueba alguna de que el tiempo de espera para la evacuación del accidentado fuera determinante del resultado producido.

Por todo lo expuesto, sin perjuicio de considerar totalmente entendible el pesar de la familia ante el desgraciado suceso por el que han tenido que pasar, lo cierto es que no cabe estimar la actuación de los servicios de la Administración Sanitaria como la causa del daño reclamado, toda vez que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*, valorando como correcta la actuación dispensada por aquéllos en el caso de este accidente de motocicleta.

La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico. En este caso, por parte del personal sanitario,

tanto de enfermería como facultativo, se actuó en todo momento conforme a la *lex artis*, sin que concurran los requisitos exigidos legal y reglamentariamente para considerar responsable del perjuicio causado al Servicio Canario de Salud, al no concurrir la antijuridicidad del daño y, por tanto una lesión indemnizable.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, se considera conforme a Derecho, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.