Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 6 4 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 8 de octubre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), (...), (...) y (...), por el fallecimiento de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 533/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dado que se considera por parte de la Administración sanitaria que la cuantía de la indemnización sería superior a los 6.000 euros en caso de ser estimada, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, 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 SCS, 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. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP], actuando mediante representante debidamente acreditado (art. 5 LPACAP), si bien la reclamación inicial se interpuso directamente por los referidos afectados.

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

"Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que

sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, 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 propio", 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 si 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".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, esposa e hijos del fallecido, poseen interés legítimo para interponer la reclamación.

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 14 de julio de 2016, habiendo fallecido el afectado el día 1 de septiembre de 2015.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver en más de cuatro años de forma totalmente injustificada (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, es necesario mencionar que en el escrito de reclamación inicial y en los posteriores escritos aportados por los interesados no consta la exposición de dichos antecedentes, pero sí obra en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SIP), incorporado al expediente remitido a este Consejo Consultivo, lo que se reproduce a continuación:

«Se trata de un paciente masculino con antecedentes de depresión, trastorno bipolar y síndrome metabólico, que fue trasladado desde el Servicio de Urgencias después de verse involucrado en un accidente de alto impacto en moto. La evaluación médica, realizada mediante TC cerebral sin contraste y TC de tórax/abdomen/pelvis con contraste el 15/08/2015, reveló múltiples lesiones de gravedad.

En el área torácica, se identificaron múltiples fracturas costales (I-IV, VII-VIII) y una fractura del manubrio esternal. Además, se evidenció un neumotórax izquierdo severo con colapso del lóbulo pulmonar inferior, hemotórax de leve cantidad y extensa enfisema subcutánea en el hemicuerpo izquierdo. En el abdomen, se observó una laceración del bazo asociada a la presencia de sangre periesplénica. Un quiste hepático de 15 mm en el segmento VIII y la presencia difusa de esteatosis hepática fueron también detectados. La vesícula biliar, alitiásica y de paredes finas, no mostró evidencia de dilatación de vías biliares intra ni extrahepáticas. A nivel renal, ambos riñones se encontraron normoposicionados y de tamaño normal, sin signos de lesiones. Se identificó un nódulo dependiente de la glándula adrenal derecha, de apariencia tomográfica indeterminada.

El 16/08/2015 a las 17:39, se llevó a cabo un procedimiento por el Servicio CGD liderado por (...), que consistió en la colocación de un tubo de tórax izquierdo debido al diagnóstico de politrauma cerrado de tórax y abdomen. En conclusión, el paciente presenta una combinación de lesiones graves en el sistema torácico y abdominal, siendo necesaria una intervención inmediata con la colocación del tubo de tórax izquierdo. Se sugiere un seguimiento continuo para evaluar la evolución de estas lesiones y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

El 16/08/2015 a las 17:39, el Dr. (...), del Servicio CGD, evaluó al paciente y estableció el diagnóstico de politrauma cerrado de tórax y abdomen (TRAUMATISMO DE ALTO IMPACTO). Inmediatamente se procedió a la colocación de un tubo de tórax izquierdo. En una intervención subsiguiente, llevada a cabo por el Dr. (...) como cirujano principal, con la asistencia del Dr. (...), se realizó una laparotomía exploratoria y esplenectomía. Se practicó una incisión mediana, revelando una lesión esplénica sangrante con más de 700 ml de sangre

en la cavidad abdominal. La esplenectomía se ejecutó con éxito, seguida de lavado y secado. Se detectó también una pequeña laceración hepática en el ligamento hepatocólico, controlada mediante electrocoagulación y Surgicel. Se dejó un penrose en el lecho esplénico para drenaje.

En la evaluación postoperatoria, el paciente, aunque consciente y orientado, experimentaba disnea y disminución de los movimientos voluntarios en el hemitórax izquierdo, acompañado de enfisema subcutáneo y dolor a la palpación de la parrilla costal. Se observaron erosiones cutáneas en el flanco/hemiabdomen izquierdo. Habría que evaluar los porcentajes de salir con vida con este tipo de traumatismo. Todo lo que se hizo desde un principio fue para salvar la vida del paciente. El estado hemodinámico del paciente se mantuvo estable durante la noche con infusión de noradrenalina. Se le adaptó a la ventilación mecánica con sedación, utilizando midazolam y fentanilo.

Los parámetros respiratorios y radiológicos mejoraron significativamente en comparación con el día anterior. Durante la noche, el paciente presentó febrícula y bradicardia sinusal, manteniendo estabilidad hemodinámica. Se realizaron análisis de control, evidenciando una diuresis conservada y buena tolerancia a la nutrición enteral. La analítica reveló una hemoglobina de 9.2, hematocrito de 26.20, plaquetas disminuidas (86000), y leucocitos de 2.7.En las siguientes horas, el paciente continuó mostrando una evolución favorable, manteniendo una ventilación mecánica adecuada, control metabólico y sin otras incidencias relevantes. Este informe detalla con precisión el estado clínico actual del paciente, proporcionando información específica sobre las intervenciones quirúrgicas y la evolución postoperatoria.

21/08/2015: El paciente, presentó febrícula durante la noche, manteniéndose hemodinámicamente estable con bradicardia sinusal (FC 46-55 lpm). Se administró noradrenalina a 0.02 mcg/kg/min, fentanest 100 mcg/kg/min y midazolam a 5 mg/h, manteniendo un BIS de 32-50. Adaptado a ventilación mecánica en modo CV+PS con FiO2 63%, manteniendo SatO2 97-98%. Se realizaron residuos tras nutrición enteral a las 5 h, sin residuos, y se mantuvo diuresis conservada. La mancha del apósito quirúrgico se mantuvo igual, sin débito por penrose izquierdo. Se administró tratamiento según lo pautado. La glucemia a las 6h fue de 158 mg/dl, sin necesidad de insulina. Se realizó una analítica de control a las 7h. Sin más incidencias a destacar.

23/08/2015 El paciente se mantuvo sedado con TCI Remifentanilo/Propofol, bajo ventilación mecánica controlada con FiO2 de 0.5 y PEEP de 10 mmHg para saturación O2 de 100%. Se evidenciaron episodios de despertar y agitación, requiriendo profundización en la analgosedación. Se extrajeron múltiples cultivos y se amplió la antibioterapia. Se realizaron cuidados y tratamientos pautados. Se cursó TAC Cerebro-Torax-Abdomen-Pelvis, evidenciando diversos hallazgos. Se destacan valores analíticos, ajustes en parámetros

ventilatorios, y resultados de cultivos microbiológicos. El paciente se enfrentó a complicaciones como sepsis respiratoria, picos febriles y agitación, lo cual afectó la gestión de la sedación. Además, se observó resistencia a ciertos antibióticos. La evaluación sugiere un cuadro complejo que requiere seguimiento y ajuste continuo del tratamiento. El 26/08/2015 se realiza TAC cerebro-tórax-abdomen-pelvis que arroja signos sugestivos de una hemorragia subaracnoidea en la región del centro semioval izquierdo que se asocia a edema regional, condensaciones bibasales con bronquiograma aéreo que se asocia a derrame pleural moderada cantidad en el lado derecho y mínima en el izquierdo, signos sugestivos de celulitis del tejido subcutáneo a nivel abdomino pélvico. Ademas hematología informa que se había transfundido en la fase aguda un concentrado de hematíes contagiado de fiebre Q. La fiebre Q es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria Coxiella burnetii, transmitida a los humanos a través del contacto con animales infectados o productos lácteos no pasteurizados. Los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza y fatiga. Se cursa serología y y se inicia tratamiento con doxiciclina 29/08/2015.

A las 19:00 horas, el paciente muestra marcada mejoría con mayor nivel de conciencia, conexión con el medio y capacidad de comunicación mediante mímica facial. Se logra retirar sujeción mecánica, moviliza extremidades sin dificultad y se comunica con la familia y el personal. Se encuentra estable hemodinámicamente, con buenos resultados de gasometría. Durante la noche, se recupera la saturación estando >95%. Se realiza cambio de fentanilo a 100 mgr/h a las 21:00.Durante la madrugada, el paciente experimenta desaturación y agitación, requiriendo cambios en el modo de ventilación y administración de medicamentos. A las 7:00, el paciente presenta taquipnea y desaturación persistente. Se realiza gasometría y se continúa con los cuidados y tratamientos pautados.

El 30/08/2015 el paciente se encuentra estable hemodinámicamente y colaborador. Aunque está adaptado a la ventilación con periodos de CPAP - SIMV, no es posible disminuir la FiO2 para lograr saturaciones de al menos 95%. Durante el día, ha estado alerta, comprendiendo órdenes y solicitando agua y analgésicos. Se ha administrado haloperidol en dos ocasiones para controlar la agitación y desorientación. El plan consiste en continuar con periodos cada vez más largos de CPAP. 31/08/2015 durante la mañana, el paciente presentó hipertensión, y se redujo la dosis de dexdor para mejorar la presión arterial. La diuresis fue óptima, con orina de color coñac, y no se observó fiebre, aunque persistió la febrícula. Se notaron secreciones traqueales abundantes de color verdoso-amarillento, que el paciente logró expulsar a través de la traqueostomía con tos espontánea. A las 18:00, se colocó al paciente en una posición de "sillón", tolerándolo durante aproximadamente 1 hora. Luego se mantuvo con la pieza en forma de "T", presentando una saturación del 95-97%, algo de tiraje y taquipnea (frecuencia respiratoria de 25-30). Continuó con febrícula. Durante la visita, se mostró más inquieto y cansado, requiriendo nuevamente la intervención del anestesista. Se volvió a colocar al paciente en CPAP, y se administró Duphalac y ketorolaco.

El 01/09/2015 se produjo un episodio crítico en el paciente con traqueotomía quirúrgica y cánula Shiley con parámetros de sepsis y de acidosis mixta; el desplazamiento del balón y la presencia de enfisema subcutáneo (Comunicando al Servicio de Anestesiología y de ORL como lo indica el protocolo) que llevaron a una parada cardiorespiratoria y, a pesar de los esfuerzos de reanimación, el paciente no pudo ser recuperado. El especialista en ORL intenta realizar el procedimiento para garantizar la vida del paciente pero es cuando se encuentra nuevamente con todas las dificultades anatómicas que conllevan reintubar a un paciente de sus dimensiones y con sus comorbilidades. Después de aproximadamente 25 minutos de reanimación, se logró recuperar la actividad eléctrica, pero luego volvió a ocurrir una parada cardiorrespiratoria, resultando en el fallecimiento del paciente. En resumen, se evidenció una serie de eventos críticos en la unidad de cuidados intensivos, incluyendo problemas respiratorios, desaturación, paradas cardiorrespiratorias y, lamentablemente, fallecimientos. La situación sugiere una complejidad en la gestión clínica, con múltiples factores que pueden haber contribuido a estos desenlaces».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 14 de julio de 2019.

El día 4 de agosto de 2016, se dictó la Resolución n.º 362/2016 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación formulada y acordó suspender la tramitación del procedimiento hasta que se hubiera dictado resolución judicial firme en el proceso penal que se estaba tramitando en relación con el hecho lesivo que nos ocupa.

Este proceso judicial es el correspondiente a las diligencias previas (diligencias previas n.º 0002937/2015) tramitadas por el Juzgado de Instrucción número 4 de Arrecife y que finalizaron con el Auto de sobreseimiento provisional dictado el día 13 de abril de 2022, si bien se dictó un segundo Auto el día 3 de mayo de 2022, con la finalidad de corregir errores producidos en el anterior Auto.

El día 7 de octubre de 2022, se dictó la Resolución n.º 2555/2022 del Director General del SCS por la que levantó la suspensión del presente procedimiento administrativo y se acordó continuar con su tramitación.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, ya mencionado, y los informes del Servicio de Otorrinolangiología y del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, habiendo propuesto los interesados la práctica de varias pruebas testificales, haciendo constar como testigos a las personas incluidas en un listado de personal sanitario interviniente en los hechos, incorporado a su reclamación inicial.

3.1. El órgano instructor manifestó en su Acuerdo correspondiente al periodo probatorio, de 29 de febrero de 2024, que *«Respecto de la testifical que se propone, señalar que podría resultar innecesaria toda vez que, obran en el expediente las declaraciones efectuadas en las Diligencias Previas 2937/2015 seguidas ante el Juzgado de Instrucción n.º 4 de Arrecife, por cada uno de los testigos propuestos.*

No obstante y a fin de no causar indefensión la reclamante podrá proponer tres testigos (lo cual se considera suficiente) de entre los que alude, para lo que dispone del plazo de 15 días hábiles, a fin de comunicar a los propuestos y remitir el interrogatorio de preguntas a formular a los mismos.

En el caso de no presentar el interrogatorio de preguntas en el plazo conferido, se entenderá que desiste de la prueba propuesta, continuándose con la tramitación del procedimiento».

3.2. Posteriormente, el representante de los interesados remite un escrito en el que señala que «Que en atención al requerimiento de esa instrucción de 29 de febrero de 2024, pongo en su conocimiento que esta parte no renuncia a interrogar a ninguno de los testigos propuestos, indicando que en todo caso, son de su prioridad, y por el siguiente orden, (...) (enfermera), (...) (médico), (...) (médico), y (...) (médico).

Por otra parte, no se aporta listado de preguntas para el interrogatorio de los testigos, toda vez que ello podría dar lugar a la intercomunicación entre ellos, a una coordinación en sus respectivas respuestas, y a la pérdida de espontaneidad de sus testimonios, yendo en contra de lo dispuesto en el artículo 366 LEC (de aplicación supletoria al procedimiento administrativo), que dispone que "1.- Los testigos declararán separada y sucesivamente, por el orden en que vinieran consignados en las propuestas, salvo que el tribunal encuentre motivo para alterarlo.

2.- Los testigos no se comunicarán entre sí ni podrán unos asistir a las declaraciones de otros. A este fin, se adoptarán las medidas que sean necesarias».

3.3. El día 3 de junio de 2024 el representante de los interesados presente escrito en el que, tras su fundamentación jurídica, solicita que «*tenga por presentado este escrito y por formulado recurso de reposición frente al acto de trámite con registro general de salida 362142/2024 de 24 de mayo de 2024, pues genera indefensión en esta parte, y con base en lo expuesto, dicte nuevo acuerdo dejando sin efectos el impugnado, emplazando nuevamente a los testigos a un solo acto a celebrar en Las Palmas de Gran Canaria, e informando a esta parte con la antelación suficiente para compatibilizarlo con sus obligaciones profesionales*».

Dicha fundamentación es la siguiente:

«PRIMERO.- Mediante resolución de la instrucción del expediente de referencia con registro general de salida 362142/2024 de 24 de mayo de 2024 –notificado a esta parte en el día de hoy-, se señala como día para el interrogatorio de testigos el próximo 6 de junio de 2024, y "se comunica que la práctica de la prueba testifical de (...) (enfermera) no podrá tener lugar al informar la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote (...) . que se encuentra en situación de incapacidad temporal con fecha de inicio del día 17 de abril de 2024, y continuando a fecha del presente."

Sin embargo, en su día interesamos motivadamente que la declaración de los testigos propuestos y admitidos debía practicarse de manera presencial, "separada y sucesivamente", y "con garantía suficiente de incomunicación entre ellos" como dispone el artículo 366 LEC, para evitar "la intercomunicación entre ellos, la coordinación en sus respectivas respuestas, y la pérdida de espontaneidad de sus testimonios".

Si el 6 de junio de 2024 prestaran declaración los demás testigos, esa instrucción no estaría en condiciones de incomunicar a los mismos respecto de la (...), que podría llegar a conocer no solo las preguntas que se formularían, sino además las respuestas que ofrecerían sus compañeras previamente a que ella misma pueda ofrecer tu testimonio, que podría perder espontaneidad.

Es por ello que procede dejar sin efecto la reseñada citación para el 6 de junio de 2024, debiendo posponerse la misma al día en que la Sra. (...) –que además es la testigo que más interesa a esta parte, como señalamos al proponerla- esté en condiciones de comparecer y declarar como testigo, junto con los demás que han sido propuestos y admitidos, para que puedan hacerlo "con garantía suficiente de incomunicación entre ellos".

SEGUNDO.- Por otra parte, la resolución citando a esta parte para interrogar a los testigos el 6 de junio de 2024, señala como lugar en el que celebrar dicho acto en la "Asesoría Jurídica de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote, sita en la C./ Teruel, nº 27, 2ª Planta, oficina Letra O, Arrecife, CP 35500.

Sin embargo, el expediente se tramita en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, donde tiene su sede la Dirección del SCS –que lo ha incoado y debe resolverlo-, su Secretaría General –que lo instruye-, y el despacho profesional del letrado que suscribe, designado a estos efectos por mis mandantes desde el primero de sus escritos.

Es por ello que con base en lo dispuesto en el artículos 75.1 LPA, que determina que "Los actos de instrucción necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los hechos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución, se realizarán de oficio y a través de medios electrónicos, POR EL ÓRGANO QUE TRAMITE EL PROCEDIMIENTO", y en el apartado 3 del mismo precepto que concreta que "los actos de instrucción que requieran la intervención de los interesados habrán de practicarse en la forma que RESULTE MÁS CONVENIENTE PARA ELLOS y sea compatible, en la medida de lo posible, con sus obligaciones laborales o profesionales", la declaración de los testigos propuestos y admitidos deberá tener lugar en un mismo día, de manera sucesiva y con garantías de incomunicación entre los mismos, en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.

Pues en otro caso –como hace la resolución impugnada- se vulneraría el Derecho de mis representadas a un procedimiento con todas las garantías, a la Defensa y a no sufrir indefensión, incurriéndose en la nulidad radical que describe el artículo 47.1.a) LPA».

Posteriormente, el día 11 de junio de 2024 el Director General del SCS dicta la Resolución 2000/2024, inadmitiéndose el recurso interpuesto y manifestándose que *«De acuerdo con lo previsto en el artículo 112.1 de la Ley de Procedimiento Administrativo Común, el acto de notificación que se pretende recurrir es un acto de trámite y por lo tanto no es susceptible de ser impugnado en reposición por cuento no determina la imposibilidad de continuar el procedimiento, no produce indefensión o perjuicio irreparable a los interesados.*

En consecuencia, el recurso contra la notificación del acto de las práctica de la prueba testifical debe ser inadmitido de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 112 .1 por tratarse de un acto de trámite.

En consecuencia, el recurso debe ser inadmitido de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 112 de la LPACAP, que establece, entre las causas de inadmisión el ser el acto recurrido un acto de tramite»

4. Otorgado después trámite de vista y audiencia a los interesados, no se presentó escrito de alegaciones.

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución, emitida el día 2 de agosto de 2024.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo*

dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. En el presente asunto, es necesario retrotraer las actuaciones por las dos razones que se expondrán a continuación.

En primer lugar, tal como los reclamantes han planteado, se ha de fijar por la instrucción del procedimiento una misma y única fecha para la práctica de las pruebas testificales propuestas, al menos las de los testigos finalmente elegidos del listado inicial, para que en aplicación del art. 366 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil se evite la intercomunicación entre ellos, la coordinación de sus respectivas respuestas y la pérdida de espontaneidad de sus testimonios. Al no haber procedido así se les ha causado indefensión a los interesados, por lo que procede retrotraer el procedimiento para la práctica en forma de esta prueba.

Respecto del lugar para tal práctica, parece ajustado a Derecho el señalado en su día por la instrucción (una oficina del Servicio Canario de la Salud en la Ciudad de Arrecife de Lanzarote), por ser el municipio donde trabajan los profesionales sanitarios llamados a deponer testimonio, y además porque tales actos de trámite no requieren la intervención de los interesados.

3. En segundo lugar, los interesados presentaron un extenso informe pericial relativo al hecho lesivo en el que de forma cualificada médicamente y pormenorizada se señalaban los motivos por los que se considera que el fallecimiento del causante de los reclamantes se produjo a causa de una *mala praxis* médica.

3.1. Así, los errores médicos que se exponen en el informe médico-pericial, de forma resumida, son:

- Contagio de la fiebre Q, por transfusión de sangre previa, lo que produjo un efecto adverso en la evolución del afectado.

- Inidoneidad de la unidad asistencial en la que fue tratado el paciente, la de Anestesia y Reanimación, por los diversos motivos que se señalan en dicho informe.

- No derivación a un Hospital de referencia en otra isla.

- Vía área difícil del paciente que no fue tratada de forma adecuada.

- Inadecuada asistencia médica acontecida la madrugada del día 1 de septiembre de 2015.

Este informe médico-pericial finaliza con las siguientes conclusiones:

«1. El fallecimiento de (...) se debió a una asfixia mecánica por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por obstrucción de la vía aérea (sofocación).

2. Esta asfixia mecánica fue provocada por una obstrucción de sus vías aéreas como consecuencia del desplazamiento de la cánula de traqueostomía, la provocación de una falsa vía que inyectó aire e incrementó su obstrucción respiratoria.

3. Con posterioridad, la respuesta asistencial del conjunto del personal de la REA y del conjunto del Centro hospitalario resultó inefectiva ante esta situación de riesgo vital inminente.

4. La compleja patología sufrida por (…) requería contar con una adecuada infraestructura asistencial, y en concreto, con una Unidad de asistencia multidisciplinar que cumpliera unos estándares mínimos funcionales, estructurales y organizativos, que permitieran garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia apropiadas para atender a un paciente que, siendo susceptible de recuperación, precisa de soporte respiratorio o de soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; o soporte por fallo multiorgánico. Sólo con la disponibilidad de un conjunto de conocimientos expertos y de un equipamiento completo y tecnológicamente avanzado, se podrían alcanzar los objetivos mencionados.

5. El conjunto del tratamiento efectuado a (...) en el Hospital Doctor José Molina Orosa suma una cadena muy numerosa de errores y eventos adversos de naturaleza previsible y que globalmente, en mi opinión, no alcanzó los mínimos estándares de calidad y seguridad exigibles.

6. Su muerte se encuentra en relación con este conjunto de errores y eventos adversos en el ámbito de la organización, coordinación y capacitación del personal de la REA del Hospital Doctor José Molina Orosa, tanto de su Equipo Médico y de Enfermería, como muy especialmente, de la Dirección y Gerencia hospitalarias, responsables últimos de garantizar una atención médica eficiente, segura y de calidad».

3.2. En el informe del SIP se observa, como única información referida a las distintas y variadas deficiencias en la actuación sanitaria señaladas en el informe médico-pericial, lo siguiente:

«Consideramos que se realizaron todas las maniobras que la situación exigía (según las Normas de Manejo de Incidentes Críticos en la Vía Aérea) y que el paciente en su situación individual permitía, con un desenlace fatal, lo cual puede ocurrir en casos de esta índole, según lo reflejado en Literatura.

(...)

El paciente logra ser estabilizado después de un arduo trabajo en quirófano para realizar contención de daños; En el área torácica, se identificaron múltiples fracturas costales (I-IV, VII-VIII) y una fractura del manubrio esternal. Además, se evidenció un neumotórax izquierdo severo con colapso del lóbulo pulmonar inferior, hemotórax de leve cantidad y extensa enfisema subcutánea en el hemicuerpo izquierdo. En el abdomen, se observó una laceración del bazo asociada a la presencia de sangre periesplénica. Se han consultado diferentes escalas de gravedad para traumas de alto impacto ; ISS, NISS, y RTS y teniendo en cuenta, los AP, el número y localización de lesiones y la escala de glasgow al ingreso el paciente tenía una sobrevida limitada manejando índices de mortalidad por encima del 30%. Debido al estado del paciente considero que su estancia hospitalaria fue adecuada a la complejidad y urgente de su caso.

3. Habiendo firmado los consentimientos informados para la cirugía y para la transfusión y a pese a los controles serológicos a los que son sometidos los hemoderivados el paciente accidentalmente habida sido transfundido con sangre aparentemente contaminada por Fiebre Q , o sea que se encontraría en la sangre del paciente un agente antropozoonotico conocido como; Coxiella burnetii , para Unidad de Hemovigilancia Área de Hemoterapia SubDirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública Dirección General de Salud Pública, estudio 2006-2016 Se podría considerar un efecto adverso producido por la transfusion con gravedad 2 y posiblemente imputable que que se recoge en las revisiones con entre en 1-3% de incidencia. Siendo resuelta con la administración de Doxiciclina la cual se encarga de inhibir la síntesis de proteína de la bacteria uniéndose a la unidad ribosomal 30s, mejorando en los días posteriores el síndrome febril que podría estar siendo producido por este agente etiológico».

3. Pues bien, a partir de la lectura del texto que acaba de reproducirse cabe afirma que el contenido del informe del SIP y de los servicios actuantes no dan respuesta a las objeciones y valoraciones críticas que obran en el informe médico-pericial que aportan, con el contenido tan extenso y pormenorizado ya mencionado.

Por ello, es preciso que se emita un informe complementario del SIP por el que se conteste a todas y cada una de las aseveraciones relativas a errores y deficiencias médicas que obran en el informe médico-pericial incorporado al expediente.

Además, se debe emitir un informe por un médico especialista en la materia, distinto de los actuantes, acerca de si la actuación médica que nos ocupa fue conforme a la *lex artis* o no.

4. Después de efectuar las actuaciones procedimentales requeridas de forma correcta, y emitir los informe mencionados, se les otorgará a los interesados el trámite de vista y audiencia y, tras ello, se formulará una nueva Propuesta de Resolución que dé respuesta «*a todas las cuestiones planteadas por los interesados* (especialmente en el informe pericial aportado) *y aquellas otras derivadas*» (art. 88.1 LPACAP). La nueva Propuesta de Resolución será remitida a este Consejo Consultivo para la emisión del preceptivo dictamen.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones por los motivos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.