Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 5 3 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 11 de junio de 2025.

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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 158/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias el 31 de marzo de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 2 de abril de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), (...), (...) y (...) solicitando una indemnización por el fallecimiento de su padre (...), producido supuestamente por la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (162.560 euros) 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).

Es competente 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, hijos del fallecido, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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 propio 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 supérstites 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 hijos del fallecido están legitimadas exclusivamente por el daño moral que la muerte de su padre 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, y teniendo en cuenta los términos de la reclamación, según la cual el fallecimiento se imputa tanto a la actuación del personal sanitario que atendió al paciente en el Hospital Dr. Negrín, como a la actuación llevada a cabo por el personal del Servicio de Urgencias Canario y de la Dirección General de Seguridad y Emergencias, en las maniobras de rescate y traslado del paciente en el helicóptero de rescate hasta el centro hospitalario, están legitimados pasivamente la empresa pública (...) y la empresa contratista del servicio de transporte sanitario urgente que según los documentos incorporados al expediente es la empresa (...), así como la Dirección General de Seguridad y Emergencias a la que se encuentra adscrita el Grupo de Emergencias y Salvamento de la Comunidad Autónoma de Canarias (G.E.S.), unidad creada por Decreto 119/2007, de 15 de mayo.

La empresa (...) 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 Estatutos. 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 el Servicio Canario de la Salud 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.

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 se ha producido en este caso.

En este caso se emplaza a la empresa pública (...), la cual traslada la reclamación y solicita información y documentación, que se aporta, al Servicio de Urgencias Canario, a la empresa contratista, así como a la Dirección General de Seguridad y Emergencias, que ha tenido conocimiento de la reclamación y ha podido alegar lo que a su derecho conviniere a través de los informes y documentos aportados.

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 2 de marzo de 2020 en la que se solicita una indemnización por el fallecimiento de (...) el día 5 de marzo de 2019.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, podemos señalar los siguientes extraídos tanto de la Propuesta de Resolución, donde se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado por los reclamantes, como del propio escrito de reclamación:

«El padre de los reclamantes, (...), durante la mañana del 22 de febrero de 2019 sufrió un accidente, al precipitarse por una ladera en el municipio de Tejeda, tal caída le causó un politraumatismo con varias fracturas cervicales, costal y pélvica.

Al lugar del accidente acudió una ambulancia asistencial del SUC de soporte vital básico, lo mantuvieron parcialmente incorporado, o mejor dicho sentado, limitándose a la toma de constantes vitales. Nada, absolutamente, en cuanto a manejar correctamente la postura (de cubito supino) e inmovilización del accidentado o evidentes lesiones traumáticas.

De hecho, cuando más tarde acudió el helicóptero de rescate del Grupo de Emergencias y Salvamento de la Comunidad Autónoma de Canarias (G.E.S) el accidentado aún se encontraba sentado, sin inmovilización, al menos, con un collarín cervical. A nadie puede escapar el empleo de técnicas de inmovilización de la columna vertebral durante la asistencia inicial al politraumatizado tiene como objetivo fundamental intentar atenuar los efectos de una posible lesión primaria y evitar producir lesiones secundarias.

(...) Si bien el lugar pudiera ser, hipotéticamente hablando, una zona algo complicada para el aterrizaje de la aeronave, no lo es en cambio para que el accidentado tuviera una correcta atención y manejo por parte de los rescatadores. En efecto, el lugar donde aquél quedó tras caerse es totalmente llano, lo suficientemente ancho para realizar una maniobra de inmovilización y de fácil acceso a través de un marcado sendero.

En cuanto a la maniobra de rescate y traslado de nuestro padre no fue ajustada a los protocolos y normas técnicas y a las circunstancias concretas de la situación en la que se encontraba. El paciente fue izado al helicóptero de rescate en posición sentada y sin inmovilización alguna de su columna, cuello o cabeza fuera con camilla, con tablero u otro inmovilizador espinal o collarín cervical. No había una situación de riesgo vital que obligara a una movilización rápida de emergencia (sin equipamiento movilizador alguno).

(...) las circunstancias del accidentado requerían intentar conseguir que éste formara un todo con la camilla o tablero espinal. Nada de esto se hizo pudiéndolo hacer. En este sentido, también es ilustrativo el propio informe de asistencia de la ambulancia asistencial que recogió al accidentado en el helipuerto del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín que, en sus observaciones expresa: " (...) nos quedamos a la espera de colchón de vacío + collarín. Se le comunica a la sala 1-1-2 la espera de material"(!). Era evidente que, también, durante su traslado aéreo el politraumatizado necesitaba estar correctamente inmovilizado (...) .

En el mismo día es ingresado en el Servicio de Urgencia del Hospital Dr. Negrín donde se realiza una tomografía computarizada de cráneo, columna cervical, tórax y abdominopélvico, con diagnóstico de fracturas de costilla, de vertebras y pelvis.

Desde entonces, el tratamiento pautado fue solo la administración de analgésicos y sedantes, a fin de controlar el dolor, y el reposo absoluto en cama (de cúbito).

A nadie puede escapar que las descritas fracturas hacía presumir la formación de trombos, probabilidad aumentada cuando requerían inmovilización con reposo en cama durante varios días. Además, debió tenerse en cuenta la existencia de factores de riesgo en el paciente, tales como la edad o su diabetes mellitus que le afectaba, y también, haber llamado la atención la poca eficacia del tratamiento instaurado, puesto que después de diez (10) días nuestro padre no mejoró, al contrario, aumentaron su dolores. Por lo que, al cabo de tantos días, debió haberse valorado otro posible diagnóstico.

(...) Ante las descritas fracturas, concurrentes con notables factores riesgo, mas una situación prolongada de inmovilidad física, se requería la profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular o otro anticoagulante, a fin de poder evitar o reducir la trombosis y sus graves consecuencias.

En nuestro caso no solo no se valoró desde el inicio y durante 10 días administrarle con eficacia y seguridad fármacos anticoagulantes, sino que tampoco durante tal periodo, se hizo uso de alguno de prueba de diagnostico por imagen a fin de detectar y evitar un posible trombo. Existió una arbitraria disposición de los elementos con que cuenta el SCS en la prestación del servicio, que se reveló insuficiente para instaurar el tratamiento adecuado y evitar el tromboembolismo pulmonar que causó su fallecimiento. En efecto, nuestro padre, (...), fallece en el mencionado hospital por un repentino fallo cardiorespiratorio causado por

un tromboembolismo pulmonar al décimo día de su ingreso hospitalario, esto es el 5 de marzo de 2019, cuando contaba con 61 años de edad».

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 el día 2 de marzo de 2020 por (...), (...), (...) y (...), solicitando una indemnización por importe total de 162.560 € por el fallecimiento de su padre (...).

2. Por la Administración se requiere a los interesados a fin de que subsanen y mejoren la reclamación presentada, cumplimentándose la solicitud con fecha 1 de junio.

3. Mediante Resolución de 10 de junio de 2020 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, y se acuerda solicitar, a través del Servicio de Inspección y Prestaciones, el informe del servicio causante de la presunta lesión indemnizable. Resolución que es notificada a los reclamantes el 19 de junio de 2020 y a la empresa (...) como interesado en el procedimiento el 16 de julio de 2020.

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

- Con fecha 12 de junio de 2020 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determine las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- El 3 de julio de 2020 la empresa (...) remite los siguientes documentos:

Informe del SUC de 25 de junio 2020 emitido por el Responsable de los Recurso sanitarios de Las Palmas.

Informe de incidencias emitido por (...), técnico de la ambulancia que acudió al lugar del accidente.

Informe de incidencias emitido por (...), técnico de la ambulancia que acudió al lugar del accidente, y accedió al lugar en el que se encontraba el accidentado, prestando la primera asistencia *in situ.*

Informe de Asistencia del recurso de soporte vital básico.

Ficha de actuación en Incidentes de la Dirección General de Seguridad y Emergencias de la Consejería de Economía, Hacienda y Seguridad, relativo a la activación del helicóptero de rescate AH-31 en el que se contiene relato de las actuaciones realizadas.

Informe de incidencias emitido por (...) personal de la empresa (...), en relación con la transferencia del paciente desde el helicóptero de rescate en la Helisuperficie del Hospital Doctor Negrín y traslado a urgencias del Hospital Doctor Negrín.

Informe de incidencias emitido por (...), personal de la empresa (...), en relación con la transferencia del paciente desde el helicóptero de rescate en la Helisuperficie del Hospital Doctor Negrín y traslado a urgencias del Hospital Doctor Negrín.

Informe de Asistencia del recurso de soporte vital básico del traslado desde la helisuperficie hasta urgencias del Hospital Doctor Negrín.

- El 15 de noviembre de 2022 y el 12 de julio de 2023 se reitera la solicitud de informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

- El 27 de septiembre de 2023 la Jefa de Servicio del SIP, comunica al Servicio de Normativa y Estudios, que siguiendo instrucciones de la Secretaría General del SCS, se aporta relación de expedientes de responsabilidad patrimonial sin informe del SIP, entre los que se encuentra el presente caso, para continuar la tramitación del procedimiento.

- Se recaba la historia clínica del paciente obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

- Informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, responsable del paciente durante su ingreso hospitalario.

5. En período probatorio, se acuerda admitir la prueba Documental propuesta por los reclamantes consistente en la incorporación al expediente de la Historia Clínica de (...).

Por la Administración se propone Documental consistente en la incorporación de copia de la historia clínica obrante en el Hospital Universitario de G.C. Dr. Negrín (HUGCDN), informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, informe del Servicio de Urgencias Canario, informes y parte asistencial de los técnicos de la ambulancia que asistieron al Sr. (…) inicialmente en el momento del accidente, ficha de actuación de la dotación del Helicóptero de rescate, e informes y parte asistencial de los técnicos de la ambulancia que efectuó el traslado del Sr. (...) desde el Helicóptero (Helisuperficie del Negrín) hasta el Hospital Doctor Negrín.

6. Concluida la fase de instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a los interesados quienes no formulan alegaciones dentro del plazo conferido.

7. Con fecha 21 de mayo de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar, por una parte, que a la vista de los informes aportados por la empresa (...) «*se objetiva que la asistencia al paciente en el lugar del accidente, se realizó poniendo a su disposición todos los medios técnicos disponibles para garantizar su evacuación en condiciones de seguridad dada la zona de difícil acceso en la que se encontraba, con fuerte pendiente y terreno inestable que ponía en riesgo la seguridad y la maniobrabilidad del aparato, la seguridad de los rescatadores y la del propio afectado, resultando imposible llevar a cabo una inmovilización en colchón de vacío y camilla, según el relato de los técnicos que intervinieron en el rescate».*

Y por otra parte, en cuanto a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Canarias Dr. Negrín, se concluye que «*la atención sanitaria prestada se ajustó a la sintomatología del paciente en cada momento, realizando las pruebas diagnósticas oportunas e instaurando el oportuno tratamiento, en este caso pautando la profilaxis para la enfermedad tromboembolítica, sin que las guías y protocolos determinen la realización de flebografía como método preventivo de diagnóstico, por ello no se aprecia incumplimiento de la lex artis, no siendo atribuible el desenlace final al funcionamiento del servicio publico».*

8. Mediante oficio con registro de entrada en este Consejo Consultivo el día 27 de mayo de 2024, se solicita la evacuación del preceptivo dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

9. El 5 de julio de 2024 se emite Dictamen por este Consejo Consultivo (DCC 411/2024). En dicho Dictamen se concluye que la Propuesta de Resolución no es

conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones a fin de que se emita el informe del SIP que fue solicitado por el propio órgano instructor, se aporten fotografías del lugar concreto donde se produce el accidente y tiene lugar el rescate, en caso de que existan, así como un informe complementario del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín donde se indique expresamente en qué documento de la historia clínica se refleja la pauta de profilaxis antitromboembólica con heparina, acompañado del documento de la historia clínica correspondiente, y en el que se analice el motivo por el que aunque se haya administrado, en su caso, la profilaxis antitromboembólica con heparina, se produjo el tromboembolismo pulmonar de una manera tan súbita y fulminante.

10. Mediante Resolución de la Secretaria General, de 2 de agosto de 2024 se acuerda la retroacción del procedimiento, a fin de solicitar al Servicio de Inspección y Prestaciones que se emita informe complementario que se pronuncie sobre los hechos de la reclamación y recabe informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en los términos indicados por el Consejo Consultivo, acompañado del documento de la historia clínica donde figure la pauta de profilaxis antitromboembólica con heparina.

Asimismo, se solicita a la entidad Gestión para la Seguridad y Salud en Canarias las fotografías del lugar y momento del accidente, en el caso de que estas figuren en el correspondiente expediente.

11. El día 24 de septiembre de 2024 el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) solicita a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Dr. Negrín que por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) se emita informe complementario que responda a los términos contenidos en el Fundamento IV del Dictamen 411/2004 del Consejo Consultivo, en concreto «*la causa por la que se produce el tromboembolismo pulmonar que produce el fallecimiento, en un paciente con una evolución favorable y con previsión de alta a domicilio dado su correcta evolución por lo que debe analizarse el motivo por el que aunque se haya administrado, en su caso, la profilaxis antitromboembólica con heparina, se produjo el tromboembolismo pulmonar de una manera tan súbita y fulminante».*

12. El 10 de octubre de 2024 la empresa (...) aporta vídeo en formato DVD resultante de la grabación del rescate, y señala que en el mismo se evidencia cómo la orografía del lugar en el que se encontraba el Sr. (...) fue determinante a la hora de precisar el modo del traslado.

13. El 12 de diciembre de 2024 el SIP emite informe.

14. El 23 de diciembre de 2024 se emite informe complementario por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital Universitario Dr. Negrín, en el que consta:

«De los datos clínicos durante su ingreso se puede concluir una evolución correcta y situación clínica estable, aunque se manifiesta dolor en las movilizaciones acorde a su situación de politraumatismo reciente. No consta trastorno neurovascular a extremidades inferiores o signos de sospecha del desarrollo de trombosis periférica.

En el TAC realizado abdominopélvico no se visualizan contusiones, hematomas ni laceraciones en vísceras sólidas, indemnidad de la aorta abdominal y vena cava inferior, ni líquido libre intraabdominal en cuantía significativa, así como tampoco signos de neumoperitoneo. No se visualiza hematoma retroperitoneal ni de la pared abdominal.

Con todo lo anterior tras decisión discutida en Sesión Clínica del Servicio, se optó por continuar tratamiento mencionado de control analgésico y profiláxis antitromboembólica.

Este tratamiento médico queda recogido en los datos de enfermería del curso Drago como instaurado y se adjunta documento de prescripción 'médica del ingresado, con la relación de fármacos y donde consta la administración de heparina de bajo peso molecular profiláctica (clexane 40 mg c/24hs subcutánea) desde el día 23 de febrero hasta el día 5 de marzo.

La evolución del paciente hasta el momento del hecho desafortunado de insuficiencia respiratoria y hemodinámica, ocurrido de forma súbita el día 5 de marzo, que derivó en parada cardiorespiratoria, era estable y no se apreció motivo clínico para plantear cambios en la actitud terapéutica que se seguía.

Es de admitir el desenlace fatal de parada cardiorespiratoria que no se pudo revertir, a pesar de maniobras de resucitación empleadas».

15. Se confiere trámite de audiencia a los reclamantes mediante notificación en el domicilio indicado a efectos de notificaciones.

Según informa la Secretaria General del Servicio Canario de Salud «ha quedado acreditada la imposibilidad de notificación de actos administrativos dictados en la reclamación correspondiente al procedimiento de responsabilidad patrimonial número 37/20 seguido a instancia de la interesada con número de DNI n.º (...) en los términos previstos en el artículo 42 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas».

Se procede a la notificación por medio de anuncio publicado en el Boletín Oficial del Estado el día 21 de febrero de 2025. Transcurrido el plazo conferido para ello, por la parte reclamante no se formulan alegaciones.

16. El 28 de marzo de 2025 se dicta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Propuesta de Resolución, en la que se propone la desestimación de la reclamación formulada por (...), (...), (...) y (...) por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que 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 casos de fuerza mayor, siempre que sean 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 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. 6.ª, recurso n.º 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. 4.ª, 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,- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, 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. En primer término, procede establecer con precisión los motivos en los que se sustenta la reclamación de responsabilidad patrimonial, y, por ende, la acción resarcitoria ejercitada a través de la misma. De este modo, los reclamantes alegan que en la atención dispensada a su padre, tras sufrir el 22 de febrero de 2019 un accidente, al precipitarse por una ladera en el municipio de Tejeda, existió:

- Incorrecto empleo de técnicas de inmovilización de la columna vertebral del accidentado con evidentes lesiones traumáticas durante la asistencia inicial por el personal del SUC, que se trasladó al lugar de los hechos en ambulancia de soporte vital básico, al mantener al accidentado sentado sin ningún tipo de inmovilización, como puede ser un collarín cervical.

- Incorrecta atención y manejo por parte de los rescatadores del Grupo de Emergencias y Salvamento de la Comunidad Autónoma de Canarias (G.E.S) que acudieron en helicóptero de rescate, al considerar que la maniobra de rescate y traslado del accidentado, que fue izado al helicóptero de rescate en posición sentada y sin inmovilización alguna de su columna, cuello o cabeza, no fue ajustada a los protocolos y normas técnicas y a las circunstancias concretas de la situación en la que se encontraba. Alegan que el lugar donde quedó tras caerse era totalmente llano y lo suficientemente ancho y de fácil acceso a través de un marcado sendero, para realizar una maniobra de inmovilización con camilla, con tablero u otro inmovilizador espinal o collarín cervical. También alegan que durante su traslado aéreo el politraumatizado no estaba correctamente inmovilizado.

- La atención sanitaria dispensada en el centro hospitalario al que fue remitido el paciente no fue correcta por no haber administrado al paciente profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular u otro anticoagulante, a fin de poder evitar o reducir la trombosis y sus graves consecuencias, ante las fracturas concurrentes con notables factores riesgo, mas una situación prolongada de inmovilidad física. Alegan, además, que, tampoco durante el periodo de ingreso se hizo uso de alguna prueba de diagnóstico por imagen a fin de detectar y evitar un posible trombo. Por tanto, según los reclamantes, el SCS no dispuso de todos los medios al alcance del servicio para evitar el tromboembolismo pulmonar que causó un repentino fallo cardiorespiratorio y su fallecimiento.

3. Establecido así los términos de la reclamación, sobre los que deberá pronunciarse la Administración en la resolución que se dicte, procede realizar el relato fáctico o la secuencia de hechos referidos a la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud, extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por los reclamantes durante la tramitación del procedimiento:

- El 22 de febrero de 2019 (...) se precipita por una ladera de 15 metros, Finca de las Higueras en Tejeda -Zona R. Bentayga-.

- Se activa a las 12:54 horas, mediante el SUC, el recurso soporte vital básico (SVB) con indicativo 33.18. A su llegada un vecino con un todoterreno traslada al

personal al lugar exacto del accidente, ya que el acceso de la ambulancia es imposible.

Se comprueba que el paciente se encuentra sentado en medio de la ladera y que el acceso a pie hasta el lugar exacto donde queda el paciente es impracticable, de modo, que sólo accede uno de los compañeros junto con un policía local para una primera valoración. En el ascenso comienzan a caer piedras de diversos tamaños. Al llegar hasta el afectado, el paciente comunica que había llegado hasta el lugar arrastrándose, se toman las constante vitales y se informa de la situación y de lo arriesgado del rescate, señalando que el rescate a pie no es posible y se solicita la intervención de recurso aéreo.

Información extraída de los Informes y parte asistencial de los técnicos de la ambulancia que asistieron al Sr. (...) inicialmente en el momento del accidente.

- Al ser imposible la toma a tierra del recurso aéreo deciden hacer descender a uno de los rescatadores que valora a la víctima que presenta varios traumatismos y abrasiones por la caída. Consta en el expediente la Ficha de actuación de la dotación del Helicóptero de rescate, en el que se contiene relato de las actuaciones realizadas, donde se indica: (...) *«Cuando el R1 es arriado a la zona, valora a la víctima que presenta varios traumatismos y abrasiones por una caída a desnivel. Analizo el lugar, se trata de una zona con fuerte pendiente, con material de roca descompuesta, muy inestable, lo que no permite el movimiento de personal con seguridad ni tampoco se encuentra ningún punto de anclaje seguro lo suficientemente cerca como para poder realizar una maniobra completa de movilización-inmovilización con colchón de vacío, camilla y segundo rescatador.*

La víctima en todo momento se encuentra consciente y orientado (incluso llama por teléfono a algún familiar), me da indicaciones desde donde se había precipitado (caída de altura indeterminada) y que había llegado arrastrándose unos 200 mts hasta donde lo encontré. Se queja de dolor en la zona lumbar de la espalda y tiene buena movilidad de brazos y de piernas con algo más de dificultad. Junto a un sanitario y un policía local que accedieron al lugar con dificultad (se resbalaron varias veces) colocamos un collarín cervical y ante la posibilidad de una lesión interna grave y ante la imposibilidad de poder realizar una correcta inmovilización en colchón de vacío y evacuación con camilla, colocamos un triángulo de evacuación para su posterior izado al helicóptero. Terminada la maniobra para colocar el triángulo, le indico al sanitario y policía que abandonen la zona para que pueda entrar la máquina y no haya peligro para ellos». Se iza al rescatador con la víctima en el triángulo de evacuación, y se traslada al HUGC Doctor Negrín Una vez en cabina se inmoviliza en el colchón de vacío y se hace toma de constantes.

- El paciente es trasladado hasta la helisuperficie del Hospital Dr. Negrín, donde se transfiere desde la helisuperficie hasta el Servicio de Urgencias. En los informes y parte asistencial de los técnicos de la ambulancia que efectuó el traslado del Sr. (...) desde el Helicóptero (Helisuperficie del Negrín) hasta el Hospital Doctor Negrín consta que el paciente se encontraba en decúbito supino (acostado boca arriba), consciente y orientado, en el tablero espinal, con el collarín cervical.

Preparan el material para el traslado: camilla de la unidad, colchón de vacío, bomba de vacío, collarín cervical. Se baja al paciente del helicóptero en el tablero espinal con el collarín cervical, lo sitúan sobre el colchón de vacío que se encuentra colocado en la camilla de la unidad, se realiza cambio de collarín cervical. Se efectúa el cambio del paciente del tablero espinal al colchón de vacío mediante maniobra puente holandés realizada por el personal del helicóptero y de la ambulancia. Se traslada al paciente a la unidad en la camilla inmovilizado.

Ya en el hospital se ubica al paciente en la zona de traumatología permaneciendo en todo momento el paciente en la camilla de la unidad en colchón de vacío y con collarín cervical.

- Ingresa en el Servicio de Urgencias del HUGCDN el 22 de febrero de 2019 a las 14:09 horas. Refiere dolor abdominal, de columna dorsolumbar, pelvis y miembro inferior derecho (MID) a nivel inguinal. Se comenta con Unidad de Críticos que decide pasar al paciente a puerta. En la misma fecha se realiza analítica de sangre y urianálisis, TAC de cráneo, TAC de columna cervical, TAC de tórax y TAC abdominopélvico siguiendo protocolo depolitraumatizado (TAC TOTAL BODY).

Del resultado de tales pruebas se evidencian las siguientes lesiones: herida frontal izquierda que se sutura, fractura no desplazada de arco posterior de la décima costilla izquierda, fractura de la apófisis espinosa dorsales de la 6.º a la 10.º y la 11.º con una avulsión de un pequeño fragmento izquierda de la apófisis espinosa, fractura no desplazada de la apófisis transversa izquierda de la tercera y cuarta vértebra lumbar y diástasis de sínfisis púbica menor a 2,5 cm y de articulación sacroilíaca izquierda con una fisura de localización posterior en el hemisacro izquierdo.

No se observan laceraciones pulmonares. Áreas hipoventilatorias pulmonares bibasales. No se aprecia derrame pleural, pericárdico ni signos de neumotórax. No se visualizan laceraciones de cavidades cardíacas, ni tampoco en grandes vasos mediastínicos ni a nivel del árbol traqueobronquial.

En TAC abdominopélvico: No se visualizan contusiones, hematomas ni laceraciones en vísceras sólidas. Indemnidad de la aorta abdominal y vena cava inferir así como de sus principales ramas arteriales y venas afluentes. No se aprecian colecciones ni líquido libre intraabdominal en cuantía significativa, así como tampoco signos de neumoperitoneo. No se visualizan hematoma retro peritoneal ni de la pared abdominal.

Valorado el paciente por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) se comenta el caso con la Unidad de Raquis para valoración y decidir tratamiento definitivo.

- Se deja al paciente en Observación de Urgencias para control sintomático y evolutivo con posterior ingreso en planta a cargo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología tras la valoración conjunta de Traumatología y Unidad de Raquis (no requiere ingreso por parte de Raquis) al decidirse tratamiento conservador -ortopédico con reposo en cama y medidas de control analgésico- no precisando tratamiento quirúrgico de sus fracturas dada la estabilidad de las mismas.

- Ingresa en el Servicio COT.

En las prescripciones médicas de ingresados aparece la medicación pautada, y consta, además de la analgesia, Clexane 40mg Jeringas, cada 24/h desde el 23 de febrero hasta el 5 de marzo.

Durante su ingreso en el Servicio aparece en las observaciones de enfermería desde el 24 de febrero de 2019 la anotación: «*administrado tratamiento pautado*» entre el que se encuentra analgesia y profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular, además medidas de protección y prevención de lesiones de decúbito.

- En la valoración por el Servicio de COT a las 13:32 h del 25 de febrero, entre otros, estable, dolor controlado actualmente, correcta movilidad distal.

- En valoración por el Servicio de COT el 26 de febrero a las 12:03 h: Buen estado general. Refiere dolor por la fractura pélvica. Abdomen blando y depresible. Correcta movilidad distal. Se ajusta tratamiento.

- A las 12:59 h del día 26 escribe Enfermería que continúa con la bomba de analgesia en PC. No refiere molestias, no precisa analgesia extra. Se traslada de habitación. Refiere el Servicio de COT el 26 de febrero de 2019 que el paciente tolera la sedestación en cama sin excesivo dolor.

- En la valoración por el Servicio de COT el 27 de febrero a las 12:07 h consta neurovascular distal correcto.

- El 28 de febrero escribe el Servicio de COT a las 13:49 h mantener reposo en cama 2 semanas. Descarga 6 semanas por fractura de pelvis. Prevención de UPPs (úlceras por presión).

- El 2 de marzo en nota de Enfermería: Precisó rescate de tramadol con primperán sobre las 17:30 h por dolor. Resto sin novedades.

- El 3 de marzo a las 13:52 h escribe el Servicio de COT: Pendiente de evolución y control del dolor para alta a domicilio.

- El 4 de marzo a las 13:21 h en notas de enfermería: Dolor moderado, buen control con analgesia pautada.

- El 5 de marzo a las 7:38 h: Paciente estable. Administro tratamiento. Refiere dolor a las 7 h Administro metamizol. Descansando.

Ese mismo día, relata enfermería que a primera hora el paciente, tras toma de constantes 105/74, 93 lpm y charla normal con el paciente, avisa porque se empieza a sentir fatigado. Comienza taquipneico y sudoroso. Se avisa a médico de guardia. Presenta taquicardia(125lpm) e hipotensión (77/45mmHg), en paciente de 10.º día de evolución, previamente estable. Taquipneico, con dificultad respiratoria, no refiere dolor torácico ni dolor abdominal. Ante la insuficiencia respiratoria y signos de inestabilidad súbita se llama a Unidad de Paradas y se monitoriza al paciente, sufre parada cardiorrespiratoria y se comienza la administración de drogas vasoactivas.

Durante el proceso de reanimación se presencia episodios de TV cardiovertidos y asistolias con disociación electromecánica. Ante la sospecha de TEP (tromboembolismo pulmonar), se avisa a Cardiología, los cuales objetivan Dilatación de Ventrículo derecho e hipomovilidad de cavidades, tras ello se comienza tratamiento fibrinolítico. Tras 45 minutos de reanimación sin respuesta autónoma sostenida se decide no proseguir la misma, se verifica el fallecimiento a las 9:45 h.

Establecida la secuencia de los hechos acaecidos desde el accidente ocurrido el día 22 de febrero de 2019 y posterior traslado al centro hospitalario, hasta el fallecimiento del paciente el día 5 de marzo de 2019, procede analizar si concurren los presupuestos para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria según los términos de la reclamación y sobre la base de los motivos

invocados en la misma, conforme al principio de congruencia en los términos previstos en el art. 88 LPACAP.

- En cuanto a las maniobras de rescate y traslado del accidentado:

Respecto al lugar en el que se localiza (...) tras precipitarse por una ladera en Tejeda, los reclamantes manifiestan que el lugar donde quedó tras caerse era totalmente llano y lo suficientemente ancho y de fácil acceso a través de un marcado sendero. Sin embargo, la documentación que obra en el expediente y la grabación del rescate, evidencian la realidad de la orografía del terreno, que en modo alguno puede ser descrito como terreno llano y de fácil acceso. Por un lado, se trata de una ladera con un desnivel evidente, con terreno descompuesto de piedras y tierra suelta, sin acceso a través de senderos o caminos. Se puede observar un camino de tierra situado en la parte inferior, pero distante del lugar en el que se encuentra el accidentado, a través del cual accede el personal de la ambulancia y la policía local con dificultad por la pendiente existente.

Por otra parte, alegan los reclamantes que la maniobra de rescate y traslado del accidentado no fue ajustada a los protocolos y normas técnicas y a las circunstancias concretas de la situación en la que se encontraba, porque fue izado al helicóptero de rescate en posición sentada, sin hacer uso de camilla, tablero u otro inmovilizador espinal o collarín cervical, para la inmovilización de su columna, cuello o cabeza.

Sin embargo, consta la ficha de actuación de la dotación del helicóptero de rescate, en el que se contiene relato de las actuaciones realizadas, donde se indica que el rescatista analiza el lugar y se trata de una zona con fuerte pendiente, con material de roca descompuesta, muy inestable, lo que no permite el movimiento de personal con seguridad ni tampoco se encuentra ningún punto de anclaje seguro lo suficientemente cerca como para poder realizar una maniobra completa de movilización-inmovilización con colchón de vacío, camilla y segundo rescatador. Esto queda corroborado en la grabación del rescate, donde, si bien el rescatador plantea la posibilidad de hacer uso de la camilla, finalmente la descarta por las circunstancias descritas. Por otra parte, sí se aprecia que se coloca al accidentado un collarín cervical. Por tanto, se informa que ante la posibilidad de una lesión interna grave y la imposibilidad de poder realizar una correcta inmovilización en colchón de vacío y evacuación con camilla, se coloca un triángulo de evacuación para su posterior izado al helicóptero. Se iza al rescatador con la víctima en el triángulo de evacuación, y se traslada al HUGC Doctor Negrín. Una vez en cabina se informa que se inmoviliza en el colchón de vacío y se hace toma de constantes.

Podemos afirmar que dentro de la cabina se inmovilizó con tablero espinal y collarín cervical, por la información suministrada por el personal del helicóptero y por la descripción del personal del vehículo ASVB que recoge al paciente en la helisuperficie del HUGCDN para su traslado al Servicio de Urgencias. De esta forma, describe que encuentran al paciente en decúbito supino, consciente y orientado, en el tablero espinal con collarín. Bajan al paciente del helicóptero en el tablero espinal con el collarín cervical, lo sitúan sobre el colchón de vacío que se encuentra colocado en la camilla de la unidad y realizan cambio de collarín cervical.

Por tanto, a pesar de que los más adecuado ante una accidentado con politraumatismos hubiera sido la inmovilización en colchón de vacío y el izado hasta el helicóptero con camilla, las circunstancias existentes relativas a la zona de localización del accidentado hicieron imposible dicha maniobra en condiciones de seguridad, existiendo así, justificación objetiva y razonable, apreciada por el personal de rescate y del SUC, que prestaron la primera asistencia *in situ.*

- En cuanto a la atención sanitaria dispensada en el centro hospitalario al que fue remitido el paciente, los reclamantes alegan que fue contraria a la *lex artis* por no haber administrado al paciente profilaxis antitromboembólica con heparina de bajo peso molecular u otro anticoagulante, a fin de poder evitar o reducir la trombosis y sus graves consecuencias, y que tampoco, durante el periodo de ingreso, se hizo uso de alguna prueba de diagnóstico por imagen a fin de detectar y evitar un posible trombo.

Analizada la historia clínica y el resto de documentos incorporados al expediente, podemos extraer las siguientes conclusiones en relación con las manifestaciones de los reclamantes.

Por una parte, en el informe emitido por el Jefe de Servicio de COT y Traumatología del HUGCDN se señala que se instaura tratamiento de profilaxis antitromboembolica con heparina de bajo peso molecular en dosis de protocolo. También en el informe del SIP se afirma que «*se prescribió, en contra de la afirmación de los reclamantes, profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular así como insulina en relación a su diabetes».*

Además, la prescripción de heparina de bajo peso molecular se corrobora en la documentación clínica, donde consta el documento denominado «*prescripciones médicas de ingresados*» en el que aparece la medicación pautada, y consta Clexane 40mg Jeringas, cada 24/h desde el 23 de febrero hasta el 5 de marzo.

Durante su ingreso en el Servicio de COT aparece en las observaciones de enfermería desde el 24 de febrero de 2019 la anotación: «*administrado tratamiento pautado*» entre el que se encuentra analgesia y profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular, además medidas de protección y prevención de lesiones de decúbito.

Por tanto, en contra de lo alegado por los reclamantes, queda acreditado que se pautó y se administró profilaxis antitromboembolica con heparina de bajo peso molecular durante su ingreso hospitalario.

Por otra parte, en cuanto a la ausencia de prueba de diagnóstico por imagen a fin de detectar y evitar un posible trombo, en el informe del Servicio de COT y Traumatología del HUGCDN, se aclara que, en el diagnóstico del TVP se recomienda utilizar diversas técnicas y exploraciones pero todas ellas asociadas a la clínica y a la sintomatología del paciente que habitualmente se inicia con disnea y dolor pleurítico. En el informe del SIP se indica que «*en las diversas exploraciones realizadas por el Servicio de COT no se objetiva signos de TVP (trombosis venosa profunda) en extremidades constando neurovascular distal correcto, movilidad distal correcta. El paciente no presentó en su estancia hospitalaria signos o síntomas de trombosis venosa profunda (TVP) o de tromboembolismo pulmonar TEP) que hicieran preciso la indicación de nuevas pruebas complementaria o que hicieran previsible el evento ocurrido el día 5 de marzo de 2019».* Según consta en el informe del Servicio de COT y Traumatología, el método diagnóstico patrón es la flebografía, pero no está protocolizado en las guías de actuación de la especialidad la realización de flebografía como método diagnóstico en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes sometidos a cirugía mayor o politraumatismos. Pero sí es recomendado el uso de heparina de bajo peso molecular como tratamiento profiláctico en estos pacientes.

Por tanto, ante la ausencia de clínica o sintomatología de TVP no estaba indicada, ni era exigible, la realización de pruebas complementarias orientadas al diagnóstico de trombosis venosa profunda (TVP) o de tromboembolismo pulmonar, como es la flebografía, por lo que podemos concluir que su ausencia no se estima contraria a la *lex artis.*

- En cuanto a la causa del fallecimiento del paciente, conforme a los datos obrantes en el expediente el paciente sufrió posible TEP (no consta autopsia), que se desencadena de forma súbita, a pesar de la prescripción de profilaxis antirombótica con heparina de bajo peso molecular.

En la historia clínica consta que al ingreso en el Servicio de Urgencias se descarta situación de urgencia vital, se comprueba normalidad neurológica así como auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad. Se realizan pruebas analíticas y de imagen TAC de cráneo, TAC de columna cervical, TAC de tórax y TAC abdominopélvico.

Se concluye que no precisa ingreso en la unidad de crítico y se objetiva como lesiones, fractura no desplazada de arco posterior de la décima costilla izquierda, fractura de la apófisis, espinosa de la 6.º a la 10.º vértebra dorsal, la 11.º vértebra dorsal presenta una avulsión de un pequeño fragmento izquierda de la apófisis espinosa, fractura no desplazada de la apófisis transversa izquierda de la tercera y cuarta vértebra lumbar. Posteriormente se visualiza también una diástasis de la sínfisis púbica y de articulación sacroilíaca izquierda con una fisura de localización posterior en el hemisacro izquierdo. Tras valoración conjunta del Servicio de COT y la Unidad de Raquis se decide abordaje de las fracturas mediante tratamiento conservador sin precisar tratamiento quirúrgico dado la estabilidad de las mismas.

El paciente no causa alta hospitalaria sino que queda ingresado a cargo del Servicio de COT para control del dolor y evolutivo. El paciente no presentó en su estancia hospitalaria signos o síntomas de trombosis venosa profunda (TVP) o de tromboembolismo pulmonar TEP) que hicieran preciso la indicación de nuevas pruebas complementaria o que hicieran previsible el evento ocurrido el día 5 de marzo de 2019.

Según informa el SIP la presentación clínica del TEP tiene un espectro amplio, desde asintomática hasta el choque cardiogénico con muerte súbita debido a falla ventricular derecha aguda. Por lo general los signos clínicos más frecuentes son taquicardia y taquipnea. En el presente caso no estaban presentes previo al día 5 de marzo el anterior cuadro clínico. Incluso, el día 3 de marzo se contempla la posibilidad de alta domiciliaria según evolución y control del dolor. El 4 de marzo se refleja bien control con analgesia pautada.

El 5 de marzo se inicia de forma súbita taquicardia e hipotensión por lo que se aplica el protocolo de PCR y se solicita el concurso de la Unidad de Medicina Intensiva y Anestesiología y del Servicio de Cardiología ante la sospecha de TEP. A la llegada del médico de guardia paciente consciente, taquicárdio (125 lpm) e hipotenso (77/45mmHg), taquipneico, con dificultad respiratoria, no refiere dolor torácico ni dolor abdominal. Ante la insuficiencia respiratoria y signos de

inestabilidad súbita se llama a U. de Paradas y monitorizan al paciente. Sufre parada cardiorrespiratoria y se comienza la administración de drogas vasoactivas. En la actuación del Servicio de Cardiología objetivan dilatación de ventrículo derecho e hipomovilidad de cavidades, tras ello se comienza tratamiento fibrinolítico. Tras medidas de resucitación con realización de cardioversión y fibrinolisis sin éxito se certifica la muerte con sospecha diagnóstica de tromboembolismo pulmonar.

Se informa, además, que la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) tiene una alta morbimortalidad, por lo que es necesario prevenirla. Las medidas preventivas de la enfermedad son efectivas y pueden reducir su ocurrencia de manera significativa. Podrían prevenirse hasta el 80 % de los eventos tromboembólico. En el paciente se daban dos circunstancias de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa las fracturas y el reposo siendo las HBPM el método de profilaxis más útil en este grupo de pacientes. Por tanto, se puede plantear el motivo por el que se produce el tromboembolismo pulmonar si estaba siendo tratado con profilaxis antitromboembolica, y al respecto el SIP informa que las heparinas, tanto a dosis bajas como las de bajo peso molecular son los medicamentos más eficaces, pero esta medida reduce el riesgo de formación de coágulos sanguíneos pero no garantiza una protección total.

Finalmente, el SIP también descarta que la inmovilización inicial del paciente durante el rescate y traslado no se relaciona con la causa del fallecimiento descrita, posible TEP (tromboembolismo pulmonar).

De todo lo expuesto, podemos concluir que, siendo humanamente comprensible el pesar de la familia ante el desgraciado e inesperado fallecimiento del paciente, pues su evolución era satisfactoria, lo cierto es que no existen en el expediente derivado del procedimiento tramitado, elementos suficientes que permitan establecer que dicho resultado haya sido producido por una actuación contraria a la *lex artis* por parte del personal que asistió al paciente, tanto en las maniobras de rescate y traslado hasta el centro hospitalario, como en la atención sanitaria dispensada en el mismo. Más bien, al contrario, se objetiva que se adoptaron todos los medios y técnicas al alcance del servicio, a pesar de lo cual se produce el desgraciado fallecimiento, no pudiendo la ciencia médica, en este caso, evitar dicho resultado desfavorable.

El derecho del ciudadano es a la asistencia sanitaria y conforme al estado de la ciencia médica, pero sin comprender en ese derecho el derecho a la salud o incluso a la vida si conforme a dicho estado de la ciencia no puede alcanzarse.

Así las cosas, cuando, atendidas las circunstancias del caso, la asistencia sanitaria se ha prestado conforme al estado del saber y con adopción de los medios al alcance del servicio, el resultado lesivo producido no se considera antijurídico. La observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración. Como ya se ha indicado, a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso.

Por otra parte, la valoración y enjuiciamiento de la corrección del acto médico excluye que pueda proyectarse *ex* post facto (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ignorando la sintomatología que presentaba el paciente al momento y fecha en que requirió atención sanitaria y se procedió al diagnóstico y posible tratamiento. No se puede cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen (SSTS de 15 de febrero de 2006, 19 de octubre de 2007 y 3 de marzo de 2010), y no puede cuestionarse esta toma de decisiones fundándose en la evolución posterior que presenta un paciente. En definitiva, la responsabilidad patrimonial no puede deducirse de una valoración retrospectiva de la asistencia sanitaria inicial (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ya que, como sostiene la de STS de 29 de enero de 2010, este proceder infringe la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico.

Procede concluir que de los informes obrantes en el expediente y de la historia clínica, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*.

Por otra parte, 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 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).

En este caso, los reclamantes no han logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado.

Por las razones expuestas sólo cabe concluir que no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que se considera conforme a Derecho la desestimación de la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen.