Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 8 3 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 de noviembre 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 378/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 14 de agosto de 2025 (con registro de entrada en este Organismo el día 2 de septiembre de 2025), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 230.757,95 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y 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 (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sra. de León Marrero.**

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 (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente Dictamen 91/2025, de 19 de febrero:

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

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

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

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que

ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

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

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa de la esposa e hijo de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados de su óbito [art. 4.1., letra a) LPACAP]. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

Además, actúan debidamente representados por Letrado -art. 5 LPACAP-.

Tal y como se cita en el Dictamen 292/2021, de 24 de mayo, de este Organismo consultivo *«sólo podrán reclamar por el daño moral derivado del fallecimiento de (...) aquellos que posean: "vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios causados directamente de la muerte producida" (STS, de 4 de noviembre de 1999; STSJ de Navarra n.º 1089/2003, de 17 de octubre de 2003).*

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente,

siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

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

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

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

La doctrina transcrita ha sido más recientemente reiterada por este Consejo, en el ya citado Dictamen 16/2023, de 18 de enero, y también en los Dictámenes 564/2024, de 8 de octubre, 538/2024, de 1 de octubre, 531/2024, de 23 de septiembre y 433/2024, de 18 de julio, la cual es plenamente aplicable al presente caso.

4.2. 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.

4.3. En el presente supuesto se encuentra, asimismo, legitimada pasivamente la «*Gestión de Servicio para la Salud y Seguridad en Canarias*» –en adelante, GSC-, en su calidad de empresa adjudicataria del servicio, y a cuya defectuosa prestación imputan los reclamantes los daños que se le han irrogado.

A la vista de lo anteriormente expuesto, resulta oportuno traer a colación la doctrina sentada por este Consejo Consultivo respecto a la responsabilidad por daños

causados en ejecución de contratos administrativos, regulada actualmente en el art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP).

En relación con dicha responsabilidad por daños causados a particulares cuando el servicio es prestado por una entidad contratista de la Administración, este Organismo Consultivo ha tenido ocasión de señalar lo siguiente (Dictámenes 270/2019, de 11 de julio, y 202/2020, de 3 de junio, entre otros):

«Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración municipal, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Se encuentra también pasivamente legitimada la entidad (...), en su calidad de concesionaria del servicio municipal (...) . Consta en el expediente la fecha de adjudicación de este contrato el 29 de julio de 2002. Las sucesivas normas reguladoras de los contratos administrativos han mantenido una regulación similar en lo que se refiere a la responsabilidad de los contratistas por los daños causados a terceros como consecuencia de la ejecución de tales contratos arts. 97.1 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio; 198 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público; 214 Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre; art. 196 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, si bien, obviamente y por razones temporales, ésta última Ley no resulta aplicable en el presente asunto. La concreta legislación aplicable vendrá determinada por la fecha de adjudicación del contrato a (...), si bien, como se ha dicho, no difieren en su regulación material sobre este extremo.

Los citados artículos de la legislación de contratos están en relación con los dos últimos párrafos del art. 9.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, y con el art. 2.e) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, que atribuyen en exclusiva a la jurisdicción contencioso-administrativa el conocimiento de las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y del personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive, incluso cuando a la producción del daño hubieran concurrido sujetos privados, o estos o la Administración cuenten con un seguro de responsabilidad, en cuyo caso la aseguradora está también legitimada pasivamente ante dicho orden jurisdiccional.

Según los referidos artículos de la legislación de contratos, la responsabilidad del contratista ante los particulares es una responsabilidad directa. La Administración no

responde por los daños causados por su contratista ni mancomunada, ni solidaria, ni subsidiariamente. Por esta razón, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración como el contratista y las aseguradoras de una y otro, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación del contratista, entonces éste será el obligado a resarcirlo. La entidad contratista y, en su caso, las aseguradoras ostentan por tanto la cualidad de interesadas según el art. 4.1.b) LPACAP. Así lo ha razonado este Consejo Consultivo en varios de sus Dictámenes, entre los que cabe citar el 554/2011, de 18 de octubre de 2011; 93/2013, de 21 de marzo de 2013; 132/2013, de 18 de abril de 2013; y 91/2015, de 19 de marzo; 291/2015, de 29 de julio y 41/2017, de 8 de febrero. Por esta razón la Administración ha de llamar al procedimiento administrativo al contratista y, en su caso, a su aseguradora, lo que se ha llevado a efecto en el presente caso en relación con la concesionaria del servicio».

Así pues, tanto la legislación vigente en materia de contratación pública, como las pretéritas regulaciones relativas a la responsabilidad por daños causados en ejecución de un contrato administrativo, imponen al contratista la obligación de indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de la ejecución del contrato, salvo cuando tales daños y perjuicios hayan sido ocasionados como consecuencia inmediata y directa de una orden de la Administración, en cuyo caso será ésta la responsable.

Por esta razón, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración como el contratista, que ostenta la condición de interesado a tenor del art. 4.1, letra b) LPACAP, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación del contratista, entonces éste será el obligado a resarcirlo de acuerdo con la legislación reguladora de la contratación pública.

En definitiva, el procedimiento para las reclamaciones por daños causados por contratistas de la Administración es el regulado en la LPACAP cuando el perjudicado reclama a ésta el resarcimiento; y en ellos está legitimada pasivamente la empresa contratista, puesto que tiene la cualidad de interesada según el citado art. 4.1, letra b) LPACAP. 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 (v. Dictamen 362/2020, de 1 de octubre), trámite que se ha cumplimentado en el presente expediente.

5. 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.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 14 de enero de 2021 respecto de un daño que quedó determinado el día 9 de septiembre de 2020, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

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

9. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. Los reclamantes promueven la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...).

A este respecto, exponen en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- Los reclamantes son viuda e hijo de (...), el cual falleció el día 9 de septiembre de 2020 en su domicilio (...).

(...)

SEGUNDO.- El día 8 de septiembre de 2020 cerca de la madrugada su padre y esposo, (...), se levantó de la cama poco después de acostarse, porque no se encontraba bien. Sobre las 00.00 del ya 9 de septiembre de 2020, comenzó a sentirse mucho peor y describía que le costaba respirar, por lo que la reclamante optó por llamar al 112 y pedir una ambulancia, siendo la llamada a las 00.06 horas.

Inmediatamente después, llamó a su hijo (…) que se desplazó a la vivienda de sus padres a la mayor brevedad. Cuando llegó a la casa se encontró a su padre sentado en la silla del escritorio con signos de una insuficiencia respiratorio muy grande y reclamando ayuda, la ambulancia no había llegado.

(...) midió la saturación a su padre, y estaba por debajo de 60 (valor muy grave), por lo que llamó de nuevo al 112, ya que la ambulancia no llegaba.

Ya eran las 00.34 horas. En la llamada (...) especificó con todo detalle el cuadro que padecía su padre y que necesitaba atención urgentemente.

Durante la llamada su padre perdió la conciencia tuvo que soltar el teléfono para agarrarlo y no dejar que se golpeara en el suelo.

Una vez en el suelo, (...) presentó síntomas de parada cardíaca debido a la falta de aire (pérdida del pulso, cianosis, pérdida de control de esfínter, espasmos musculares en todo el cuerpo, etc (...)) comenzando como pudo a realizar masaje cardiaco.

La ambulancia seguía sin llegar, y (...), como pudo, mientras atendía a su padre, volvió a llamar al 112 a las 00.47 horas. Tras explicar, por tercera vez, lo que ocurría, que habían pedido la ambulancia hacía rato y que su padre había entrado en parada y le estaba haciendo la RCP y no respondía, el interlocutor le dijo que siguiera haciéndole el masaje cardiaco y sin soltar el teléfono de la oreja le iba marcando los tiempos "1,2,3 (...) ".

Dicha llamada duró casi 20 minutos y terminó porque (...) salió a la calle a ver si veía la ambulancia y gritó que los veía de lejos, así que (...) colgó y salió corriendo para llamar a gritos a la ambulancia.

A los pocos minutos llegaron a la vez a la casa dos ambulancias SVB y SVA (una básica y la otra medicalizada) y una patrulla de la Policía Nacional. Todo el personal sanitario fue a la atención de mi padre para intentar reanimarlo, menos el médico, que se dirigió hacia (...) preguntando si el paciente tenía signos de coronavirus (...)

Los sanitarios no estuvieron más de 10-15 minutos intentando reanimar a (...) y solo pudieron certificar el fallecimiento.

Se acompaña (...) Informe definitivo de Autopsia Médico-Legal que establece como hora de la muerte la de las 02.30 horas del día 9 de septiembre de 2020 y la causa inmediata de la muerte un edema agudo de pulmón por insuficiencia respiratoria aguda.

TERCERO.- De los hechos descritos se desprende a juicio del dicente la responsabilidad patrimonial por el mal funcionamiento del servicio de emergencias del Servicio Canario de Salud, encargado de la asistencia urgente al fallecido, teniendo en cuenta que no fueron aplicados debida y puntualmente los protocolos de actuación establecidos.

Se llama de urgencias al 112 para dar cuenta del estado gravísimo en que se encuentra un paciente a las 00.06 horas y la ambulancia no llega antes de las 02:00 horas, es decir, casi dos horas después de la primera llamada al Servicio de Urgencias.

(...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del Servicio Canario de la Salud de 24 de abril de 2024:

«RELACIÓN DE HECHOS

1.- (...) nacido el 04/01/1965, de 55 años de edad en el momento de los hechos. Fumador desde los 12 años de edad y bebedor de alcohol moderado. Considerado como una persona nerviosa, sedentario y con sobrepeso. Además, presenta hipertensión arterial, dislipemia, glucemia basal elevada, rinitis crónica, EPOC y Síndrome tusígeno de repetición.

2.- El tratamiento de base: Alopurinol 100 mg, Flixonase 50mg/pulsación nasal, Metilprednisolona 4 mg, Nebivolol 5mg, Olmesartan Medoxomilo 40 mg, Salbutamol 100 mcg/dosis, Ultibro Breezhaler 85/43 mcg.

3.- Durante el año 2018 presento varios episodios de aumento de la disnea con tos y mocos que fueron adecuadamente tratados con aerosoles y antibióticos.

4.- Durante el año 2019 estos episodios de aumento de disnea y tos se producen con más frecuencia y especialmente durante la noche. En septiembre y diciembre de este mismo año durante estos episodios, la tos fue tan intensa que le provocó la pérdida de consciencia con caída y traumatismo craneoencefálico, lo que requirió ir a urgencias del Centro de Salud y su posterior traslado al Hospital para el tratamiento tanto de la disnea como de las heridas en cuero cabelludo.

5.- Esta situación motivo que se generasen interconsultas en los Servicios de Neumología, Cardiología y Neurología para las cuales tenía citas programadas para la realización de pruebas y posterior valoración.

6.- Con fecha del 16/01/2020 un TAC de tórax mostró una lesión nodular en LSD de contorno espiculado y cavitación central con marcado engrosamiento de paredes bronquiales y ocupación de luces de LII preferentemente.

7.- Durante el año 2020 sigue con sus episodios de disnea y se van realizando la mayoría de las pruebas, como la broncoscopia, que descarto malignidad en el nódulo del pulmón en el

LSD. Al mismo tiempo siguen sucediéndose visitas a urgencias como la del 06/07/2020 por empeoramiento de la sintomatología. Tratada y resuelta con seguimiento posterior en Centro de Salud

8.- Resumiendo la situación de (...): Lo más destacado era la disnea de moderados esfuerzos en tratamiento con aerosoles (broncodilatadores). En ocasiones se presentaba el síndrome tusígeno con pérdida de conciencia. Por todo ello (Síncopes de repetición con sospecha de neuromediadores) estaba siendo visto en consultas externas de Neumología, Cardiología y Neurología. Los resultados de las pruebas realizadas (TC de Tórax, PET-TC) informaron de una lesión en el LSD sin evidencia metabólica de malignidad confirmando los resultados de las biopsias obtenidas mediante la FBC(12/02/2020). El Holter (17/03/2020) mostró un ritmo sinusal con extrasistolia poco frecuente. La RMN cerebral (27/04/2020) descarto organicidad. Mostrando solo el patrón de poliposis nasosinusal ya conocido e intervenido quirúrgicamente (19/02/2019).

9.- El día 09/09/2020 a la 01:06:35 h. La sala del 112 recibe una llamada de (...) que alerta que su esposo (...) presenta un nuevo episodio de aumento de la disnea. Una vez que la operadora contesta le comenta que su marido tiene dificultades para respirar, que está consciente y que había comenzado "hacia un ratito". A la 01:07:45 pasa la llamada al médico coordinador de guardia y la Sra. le transmite "Tiene problemas para respirar, que tiene EPOC que se trata con aerosoles sin oxígeno, sin fiebre. Estaba nervioso sin "pitos" y que al respirar expulsa el aire con fuerza" No tiene COVID.

Esto es, en el momento de solicitar un médico y una ambulancia, a la entrevista no existían síntomas clínicos en el paciente que requirieran una ambulancia de soporte vital avanzado

Dada la situación, de no compromiso vital, el médico coordinador de guardia le asigna una ambulancia de soporte vital básica (SVB). Pero no había disponibilidad en ese momento. Se asigno tan pronto quedó operativa, a la 01:32:29 h. la ambulancia con indicativo 33.14S, cuya base se encuentra en Santa Brígida.

10.- A la 01:35:44 h. la sala del 112 recibió una nueva llamada de (...), hijo de (...), manifestando el empeoramiento de su padre. Ante esta nueva información, el médico coordinador de guardia activa, a las 01:36:27 h. una ambulancia de soporte vital avanzado (SVA) con indicativo 33.92S, cuya base se encuentra en Telde.

11.- A la 01:48:08 h. la sala recibe una nueva llamada del hijo de (...) en la que transmite que su padre se encontraba sin respiración y que había comenzado RCP hacía unos 10 minutos. El enfermero coordinador de guardia le comenta que los recursos estaban a punto de llegar, habían tenido problemas con la dirección para encontrar el lugar, y que no podía dejar de practicar maniobras de RCP. El enfermero se mantuvo al teléfono con el fin de que no parara en la realización de las maniobras de RCP y le contaba cada una de las

secuencias de la reanimación que tenía que practicar (la llamada duro 18,04 minutos) hasta que se confirmó la llegada de los recursos a la casa.

12.- A las 02:06:46 ambas ambulancias, la ASVB 33.14S con base en Santa Brígida activada inicialmente y la ASVA 33.92S con base en Telde, comunican la llegada al domicilio. El médico coordinador refleja en el incidente que las unidades tuvieron dificultades para encontrar el domicilio. Confirmando la situación del paciente y tras practicar maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin respuesta alguna, el médico de la unidad medicalizada confirmó el exitus del paciente a las 02:30:00 horas.

CONCLUSIONES

1.- (...) de 55 años de edad en el momento de los hechos. Fumador importante, sedentario con sobrepeso. Padecía de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lesión ocupante de espacio en LSD. En los últimos años tuvo, en varias ocasiones, episodios de aumento de la disnea acompañada de tos y síncope que requirieron ir a urgencias.

2.- En los registros de su Historia Clínica se observa que siempre fue tratado adecuadamente, según la sintomatología que presentaba y de acuerdo con estándar terapéutico del momento. Tras los últimos episodios, sobre todo, se generaron interconsultas a los Servicios de Neumología, Cardiología y Neurología.

3.- El día 09/09/2020 a la 01:06:35 h. La sala del 112 recibe una llamada de (...) que alerta que su esposo (...) presenta un nuevo episodio de aumento de la dificultad respiratoria. Al no dar sensación de compromiso vital al médico coordinador de guardia, se activó una ambulancia de soporte vital básico, con base en Santa Brígida. Que se movilizo en cuanto hubo disponibilidad a la 01:32:29 h.

4.- A la 01:35:44 h. la sala del 112 recibe una nueva llamada del hijo de (...) transmitiendo el empeoramiento de su padre lo que ocasiono que el médico coordinador de guardia activara una ambulancia con soporte vital avanzado a las 01:36:49 h, esta vez con base en Telde. La cual se movilizo a las 01:46:49 h.

5.- A la 01:48:08 h. el hijo de (...) vuelve a llamar a la sala del 112 comunicando que su padre había entrado en parada y que había empezado RCP hacía unos 10 minutos. Atendido por el enfermero coordinador de guardia que le comenta que los medios están a punto de llegar y le anima a continuar con la RCP contándole el ritmo y secuencia de la RCP. Esta situación se prolonga durante unos 18 minutos.

Según el relato, la parada respiratoria se produjo entonces a la1:38 h.

A pesar de la más que probada importancia del tiempo de respuesta, no existe un estándar a nivel internacional que marque un intervalo que debe ser cumplido.

En el caso hipotético de que las características de la alerta inicial hubieran aconsejado para la categoría de pacientes con mayor riesgo de muerte, p. ej: paro cardíaco o respiratorio, que inicialmente no era el caso, haber activado desde la 01:06:35 h. un vehículo de soporte vital avanzado, de encontrarse disponible, el tiempo de llegada en todo caso para las urgencias extrahospitalarias en zonas interurbanas/rurales urbanas por término medio tienen como tiempo de respuesta adecuado hasta 35 minutos. Considerando 35 minutos, a la llegada del vehículo ya se habría producido la parada.

6.- A las 02:06:46 comunican la llegada al domicilio. Confirmando la situación del paciente y tras practicar maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, sin respuesta alguna, el médico de la unidad medicalizada confirmó el exitus del paciente a las 02:30:00 horas.

En ningún caso se tardó dos horas hasta la llegada de los recursos, la primera llamada se produjo a la 01:06:35 h. conforme figura en las fichas del programa informático del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CECOES) relativas a este incidente.

7.- Según Google Maps, el tiempo estimado del recorrido por un vehículo normal desde Santa Brígida a (...) -Telde es de unos 30 minutos y desde Telde es de 13 minutos.

(...)

8.- Desde que se activó la ASVB a la 1:32:29 h. y se movilizo a la 1:34:39 h. tardó en llegar al domicilio de (...) unos 32 minutos. Después de la segunda llamada a la sala del 112 se activó la ASVA a la 1:36:59 que se movilizo a la 1:46:49 y tardo en llegar unos 20 minutos.

Ambas unidades llegaron al mismo tiempo junto a una unidad del cuerpo nacional de policía. Según se refleja en el informe asistencial ambulancia medicalizada "estuvimos buscando lugar de difícil acceso" y el informe de incidente dice que las unidades no encontraban la dirección.

9.- Las conclusiones médico legales son:

Primera. - La data de la muerte se estima a las 2:30 horas del día 9 de septiembre de 2020.

Segunda. - Se trata de una muerte natural.

Tercera. - La causa fundamental de la muerte ha sido una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo la causa inmediata de la misma un edema agudo de pulmón por insuficiencia respiratoria aguda.

10.- Por todo lo expuesto anteriormente se emite informe desfavorable».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 14 de enero de 2021 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...) y (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 3 de febrero de 2021, se requiere a los reclamantes a fin de que subsanaran la reclamación formulada, lo cual es verificado mediante escrito de 25 de febrero de 2021.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del SCS n.º 84/2021, de 10 de febrero, se admite a trámite la reclamación de los interesados.

- Con fecha 26 de febrero de 2021 se requiere al SIP para que «a la vista de la Historia Clínica y recabado por ustedes el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, se emita por esa Inspección Médica informe en el que se concreten los siguientes extremos:

a) Lesiones producidas.

b) Presunta relación de causalidad entre los hechos alegados por el reclamante y la actuación del servicio público sanitario.

c) Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

d) Cualquier extremo que, en relación con este tema, considere de interés».

- Con fecha 17 de marzo de 2021 por la Gerencia de Atención Primaria se remite la Historia Clínica de (...)

- Con fecha 19 de abril de 2021 se emite informe por la entidad GSC, en el que se expone lo siguiente:

« (...) A las 01:06:35 horas del día 9 de septiembre de 2020 se recibe llamada en la Sala Operativa del 1-1-2 (nº de incidente 7823901), de una mujer alertando que su marido no puede respirar bien, que se encuentra consciente y que empezó dicha situación "hace un ratito". De la entonación por parte de la alertante, no se percibe una situación de emergencia vital.

La Operadora, tras la toma de datos, pasa (a las 01:07:46 horas) la llamada al Médico Coordinador de guardia, que al ponerse al teléfono escucha como la mujer le da indicaciones al marido diciéndole "siéntate, que te vas a caer". A continuación, a las preguntas formuladas por el médico, la esposa le transmite que "tiene problemas de respiración, que se trata de un EPOC que se trata con aerosoles -sin oxígeno- y que no tiene fiebre. Que está nervioso, que no tiene pitos, y que al respirar expulsa el aire con fuerza". Se le pregunta también si tiene COVID y responde que no.

Dada la situación transmitida, el médico asignó una Ambulancia de Soporte Vital Básico, pero al no haber disponibilidad en la zona, se asignó, tan pronto quedó operativa (a las 01:32:29 horas), la ambulancia con indicativo 33.14, cuya base se encuentra en Santa Brígida.

A las 01:35:44 se recibe nueva llamada de familiar, indicando el empeoramiento del paciente. Ante esta nueva información, el médico activa, a las 01:36:27, una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado, cuya base se encuentra en Telde.

A las 01:48:08 horas se recibe llamada del hijo del Sr. (…), que es atendida por el Enfermero Coordinador de guardia, en la que transmite que su padre se encontraba ya sin respiración y que llevaba haciéndole la RCP unos 10 minutos. Ante ello, el enfermero le indica que los recursos tienen que estar al llegar (había problemas con la dirección, por lo que la esposa salió a la calle), y que no puede dejar de practicarle las maniobras de RCP que le ha venido haciendo. El enfermero se mantuvo con él en la llamada, a fin de que no cejase en la realización de éstas, contándole cada una de las secuencias de la reanimación que tenía que practicar -la llamada duró 18,04 minutos- hasta que el hijo le confirmó que los recursos habían llegado a su casa.

El Médico Coordinador refleja en el incidente que las unidades tuvieron dificultades para encontrar el domicilio. Ambas ambulancias -la ASVB con base en Santa Brígida activada inicialmente y la ASVA con base en Telde comunican la llegada al domicilio del paciente a las 02:06:46, confirmando la situación del paciente y tras practicar maniobras de reanimación cardiopulmonar sin respuesta alguna, el facultativo de la unidad medicalizada confirmó el exitus del paciente a las 02.30 horas. (…) ».

- Con fechas 4 de febrero, 17 de julio y 13 de diciembre de 2022, 21 de junio de 2023 y 19 de enero y 12 de julio de 2024, por los reclamantes se solicita el impulso de procedimiento.

- Con fechas 8 de febrero y 15 de diciembre de 2022 y 23 de enero de 2024 se reitera al SIP la emisión del Informe.

- Con fecha 24 de abril de 2024 se emite Informe por el SIP.

- Con fecha 3 de mayo de 2024 se requiere a los reclamantes «para que en el plazo de diez días formulen la proposición de prueba de que intenten valerse».

- Con fecha 9 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental, así como recabar de GSC «*grabación íntegra de todas y cada una de las llamadas recibidas en dicho Servicio 112-Doctor/Doctora de Guardia y Técnicos intervinientes -entre las 00:00 horas del día 09/de septiembre de 2020 y las 02:00 horas del día 9 de septiembre de 2020 desde el teléfono 928 681 507*». Documentación que es remitida con fecha 10 de octubre de 2024.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 3 de marzo de 2025 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, formulando alegaciones únicamente los reclamantes con fecha 18 de marzo de 2025.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 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. (AJS 311/17-C; 108/15-; AJ 275/18).

- Con fecha 12 de agosto de 2025 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por los interesados.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. En materia de responsabilidad sanitaria, en tanto modalidad de la genérica responsabilidad patrimonial, ha de partirse de lo prevenido en el art. 43 de la propia CE que «*reconoce el derecho a la protección de la salud*» disponiendo a continuación que «*Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*»; así, estas precisiones no pueden dejar de ponerse en relación con el art. 106.2 de nuestra norma suprema al rezar «*Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*».

Estas referencias derivan en el desarrollo legal efectuado por la LRJSP cuyo art. 32 dispone que *«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos»,* especificando que *«En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas».*

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

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

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

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

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

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

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

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

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

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

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

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

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la

obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

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

4. En el presente caso, los interesados instan un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que hubo una pérdida de oportunidad en

la asistencia sanitaria dispensada a (...) como consecuencia del retraso injustificado en la activación del servicio de ambulancias.

Planteado en estos términos el debate y, una vez examinado el expediente administrativo, consta acreditado que a las 01:06:35 horas del día 9 de septiembre de 2020, (...) llamó al 112 alertando, según transcripción literal, de lo siguiente: «*Mi marido no puede respirar bien»,* tras ser preguntada por la operadora del 112 en qué municipio se encontraba (...) contesta que en Telde, en la calle (...), en una casa terrera. A continuación, se le pregunta por el nombre del paciente -(...)- y por su edad -55-, preguntándole asimismo por la zona de Telde en que se encuentran, a lo que las Sra. (...) responde que en la zona de Montaña Las Palmas. A continuación, la operadora le pregunta si «*él está consciente*», respondiendo (...) que «*si, pero no puede respirar bien*», añadiendo la operadora «*cuánto tiempo lleva así*», respondiendo la reclamante «*un ratito*», por lo que tras confirmar el número de teléfono desde el que se produce la llamada, se procede a transferir la llamada al médico del 112.

La conversación con el médico del 112 transcurre en los siguientes términos:

Médico: *«Hola buenas noches».*

Sra. (...): *«¿Cómo tiene que mantenerse, esto, sentado? Perdone (...) ».*

Médico: *«Soy el médico dígame que ha pasado, cuénteme».*

Sra. (...): *«Es que ya él tiene problemas de respiración, pero (siéntate que te vas a caer)».*

Médico: *«A ver, ¿él padece de los pulmones?».*

Sra. (...): *«si, si, si, tiene la EPOC -el médico interviene y dice EPOC-»*.

Médico: «*¿Tiene oxígeno en casa?»*.

Sra. (...): *«No, no, no, tiene esto como se llama, aerosoles»*.

Médico: *«Vale, escuche, no tiene COVID*».

Sra. (...): *«No, no, no».*

Médico: «*¿No ha tenido fiebre?».*

Sra. (...): «*No*».

Médico: *«Venga va la ayuda para allá, ¿de acuerdo?».*

Sra. (...): «*Vale*».

Médico: «*¿Usted me entiende? Va la ayuda para allá*».

Sra. (...): «*Si, gracias*».

Médico: «*Solamente tiene EPOC ¿no?*».

Sra. (...): «*Si, pero como se tiene (...), es que está (...)* ».

Médico: «*Sentado es mejor eh*».

Sra. (...): «*Es que se ha puesto muy nervioso ya*».

Médico: «*¿Muy nervioso? Sentado es mejor para que respire, para que respire, ¿vale?, y los músculos del tórax le puedan ayudar a respirar, si se acuesta es casi imposible, mientras llega la ayuda, ¿vale? ».*

Sra. (...): «*Gracias*».

Médico: «*De nada. ¿Usted le siente pitos? »*.

Sra. (...): «*Es que está como así fu fu fu, así*».

Médico: «*Sentado mejor, ¿vale? ».*

Sra. (...): «*Gracias*».

Médico: «*De nada*».

A pesar de que el médico del 112 manifestó a la reclamante que la ayuda ya iba para el domicilio, lo cierto es que hasta las 01:32:29 horas no activó la ambulancia -33.14S SVB-, la cual además se encontraba en la población de Santa Brígida, a treinta minutos de distancia del domicilio de la persona afectada.

Pero, es más, tanto en el informe de GSC como en el del SIP se manifiesta que «*De la entonación por parte de la alertante, no se percibe una situación de emergencia vital*». La percepción de la entonación es de carácter eminentemente subjetivo, y, por tanto, una adecuada *praxis* no permite fundar un diagnóstico clínico en base a tales apreciaciones subjetivas.

Así, de la conversación transcrita, lo que se advierte es, no sólo la preocupación y angustia de la Sra. (...), sino que apenas se le formularon preguntas sobre el estado y situación del paciente para apreciar la gravedad de su situación (si se encontraba cianótico, si había perdido el sentido, qué nivel de saturación tenía, entre otras posibles preguntas). Es más, el facultativo no tuvo en cuenta los antecedentes y el estado actual del paciente para valorar el nivel de gravedad de la situación.

En definitiva, nos encontramos con los siguientes hechos probados: que el Sr. (...) tenía antecedentes de EPOC, del cual se encontraba en tratamiento con aerosoles, que no disponía de oxígeno en casa que le pudiera facilitar la respiración, y que en el momento en que se produce la llamada se estaba asfixiando; (...) expuso claramente que le costaba respirar, que estaba muy nervioso y que no respiraba de una forma normal -imitando en este punto como estaba respirando-, lo que denotaba evidentes síntomas de asfixia. Sin embargo, a pesar de estos claros síntomas y antecedentes, el 112 no advirtió la gravedad que presentaba el Sr. (...), al considerar que de la entonación de su esposa no se denotaba una situación de emergencia vital, movilizando la ambulancia casi media hora después de la llamada.

Posteriormente, a las 01:35:44 horas llama nuevamente al 112 el Sr. (...) -hijo del fallecido- quien manifiesta que su padre tiene una insuficiencia respiratoria muy grave y que está desaturando al 50% -escuchándose por detrás la respiración del Sr. (...)- y su evidente estado de asfixia que estaba azul, que estaba perdiendo la consciencia, que había relajado los esfínteres y que se estaba muriendo, sin que hubiera llegado la ambulancia. A lo que el médico le contesta todo el tiempo que la ambulancia está llegando, cuando lo cierto es que la había activado hacía tres minutos en Santa Brígida.

Tras esta llamada, el médico del 112 activa a las 01:36:59 horas una ambulancia de soporte vital avanzado -SVA 33.92- que se encontraba en Telde -a trece minutos de distancia del domicilio del paciente- la cual no se moviliza hasta las 01:46:49 horas -diez minutos después-.

A las 01:48:08 horas el Sr. (...) vuelve a llamar para comunicar que su padre ha fallecido, que lleva diez minutos haciéndole la reanimación cardiopulmonar, continuando con tales maniobras hasta que llegan las ambulancias a las 02:06:46 horas.

El Servicio Canario de la Salud, alega que en el retraso influyó la dificultad para localizar el domicilio, pero lo cierto es que, de la prueba documental obrante en el expediente administrativo, se constata que la primera vez que se comunica que las unidades no encuentran la dirección es a las 02:04:52 horas, y sin embargo llegan al domicilio a las 02:06:46 horas, esto es, dos minutos después. Por lo que, teniendo además en cuenta que la ambulancia SVA 33.92 salió de Telde a las 01:46:49 horas y que el recorrido hasta el domicilio del Sr. (...) duraba unos trece minutos -01:59 horas hubiera sido la hora aproximada de llegada-, consideramos que la localización

del domicilio no ha influido especialmente en la tardanza de la ambulancia para asistir al paciente.

5. En suma, el expediente administrativo y, en concreto, el Informe Médico Forense de autopsia, deriva que la causa inmediata de la defunción fue un edema agudo de pulmón por insuficiencia respiratoria aguda, derivada de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), por lo que no puede dudarse de la necesidad de su perentorio tratamiento que podría haber evitado el fatal desenlace, lo que se impidió debido a la tardanza en la activación y el desplazamiento de la ambulancia, provocando la pérdida de oportunidad en la asistencia sanitaria y la probabilidad de que el resultado hubiera sido diferente.

En relación con la doctrina de la pérdida de oportunidad, la reciente Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 6 de febrero de 2025 (Rec. 577/2022), que condensa la doctrina jurisprudencial que en la materia ha sentado la Sala Tercera del Tribunal Supremo, razona lo siguiente:

« (…) La doctrina de la pérdida de oportunidad, que ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, ya en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, y de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Las sentencias del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011 y de 22 de mayo de 2012, la dictada en fecha de 20 de marzo de 2018 insiste en la doctrina de la pérdida de oportunidad desde la óptica de la incertidumbre "acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo".

En similar sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 reitera que la doctrina de la pérdida de oportunidad "exige que concurra un supuesto estricto de incertidumbre causal, esto es una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto".

La sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 se refería a la doctrina de la pérdida de oportunidad por retraso en dispensar al paciente, en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que " (…) esta

privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la "pérdida de oportunidad" (sentencias de 7 de septiembre de 2005 y 26 de junio de 2008), constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una falta de servicio".

Hay, pues, dos aspectos esenciales a valorar cuando intentemos demostrar la posible existencia de un supuesto de actuación médica en la que no se han aplicado los medios, modos o formas ordinarios o protocolizados para evitar un mal que, finalmente, se produjo y que podía haberse evitado con carácter previo si se hubiera actuado de forma diferente a como se hizo, pero que no se aplicó en el momento oportuno:

1º.Grado de Probabilidad de que una actuación diferente hubiera tenido como efecto la evitación del mal posterior.

2º.Grado o entidad del daño ocasionado.

A este respecto, ha de tenerse en cuenta que en la STS de 25 de mayo de 2016 se razona que la doctrina de la pérdida de oportunidad exige que la posibilidad frustrada no sea simplemente una expectativa general, vaga, meramente especulativa o excepcional, ni puede entrar en consideración cuando es una ventaja simplemente hipotética.

En definitiva, lo que se debe indemnizar es el coste de la oportunidad perdida por esa falta de atención, por el retraso en la misma, todo ello en relación con una enfermedad que no sabemos cómo habría acabado en caso de que se hubiese adoptado alguna decisión terapéutica relevante tras haberse hecho las pruebas indicadas, pues es una obviedad que no todo tratamiento médico bien aplicado lleva a la curación total o a la evitación de toda secuela».

Aplicando la anterior doctrina al caso que nos ocupa, apreciamos, como se ha expuesto, la existencia de una pérdida de oportunidad en la atención sanitaria dispensada al Sr. (...) el día 9 de septiembre de 2020, toda vez que, si se hubieran enviado los recursos desde un primer momento, en concreto la ambulancia de SVA 33.92S, podría haberse dado la circunstancia de haber evitado el fallecimiento del Sr. (...) Máxime teniendo en cuenta que, siendo la duración del trayecto desde la base de la ambulancia de Telde hasta el domicilio del paciente de trece minutos, habría llegado alrededor de las 01:20 horas, siendo a las 01:35:44 horas cuando el hijo del Sr. (...) llamaba nuevamente alertando del empeoramiento y gravedad de la

situación de su padre, quien, lamentablemente, falleció poco después. Por ello entiende este Consejo Consultivo que cabe la posibilidad de que se hubiera evitado el fallecimiento de haberse activado el recurso desde un primer momento, aspecto éste que rellena la doctrina de la pérdida de oportunidad, lo que se cuantifica, dado el porcentaje de probabilidad de que el Sr. (...) hubiera sobrevivido de haber llegado a tiempo la ambulancia, en un 60% de la cuantía indemnizatoria que hubiera correspondido en caso de estimación de la reclamación por responsabilidad patrimonial.

En conclusión, en virtud de todo lo anteriormente razonado, en el presente caso procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y, en consecuencia, no se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

6. Por último, en el presente caso, los interesados cuantifican la indemnización en 230.757,95 euros por las secuelas derivadas de accidentes de circulación, pero sin desglosar los conceptos ni determinar qué cuantía le corresponde a cada uno de los reclamantes.

Pues bien, en el presente caso, este Organismo consultivo no dispone de toda la información necesaria para calcular el importe exacto de la indemnización. Así, desconocemos si el hijo Sr. (...) convivía con el mismo, ni tampoco si se reclama o cuantifica dentro de la cantidad reclamada el lucro cesante. Por ello, consideramos que la indemnización que le corresponde a los reclamantes debe calcularse conforme a los criterios de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, de aplicación analógica conforme al art. 34.2 LRJSP, siendo de aplicación la Resolución de 30 de marzo de 2020, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. La cuantía resultante deberá ser reducida en un 40%.

Asimismo, la cantidad objeto de la indemnización deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación sanitaria, no se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.