



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 18 de febrero de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 237/2019 IDS)\**.

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

### I

1. Por la Sra. Consejera de Sanidad, se solicita la emisión de preceptivo dictamen en relación con la propuesta de Resolución dictada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 23 de noviembre de 2015 a instancia de la representación de (...) como consecuencia del fallecimiento de su madre en dependencias del SCS.

2. El reclamante solicita por los daños morales sufridos, una indemnización de 118.482,87 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

También son de aplicación, además del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP), la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad del derecho a reclamar.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, competencia que se ha venido delegando en la Secretaría General del Servicio.

5. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

## II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

- Su madre ingresó en el área digestiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) por un cuadro de disnea, ocasionada por hidrotórax derecho secundario a descompensación hidrópica.

- Tras dos semanas ingresada, el 22 de noviembre de 2014, sufre dos caídas. La primera de ellas, desde la cama, se produjo a las 00:06 horas, ocasionándole fractura de rama pélvica isquiopubiana e iliopubiana con mínimo desplazamiento.

La segunda de ellas, en la habitación, se produce a las 22:00h, ocasionándole un traumatismo craneoencefálico con herida supraciliar derecha, pérdida de conciencia con posterior relajación de esfínteres y rigidez muscular.

- Se realiza un TAC a la paciente, que objetivó hemorragia subaracnoidea, además de las fracturas en zona pélvica. Ante la gravedad del estado de la paciente, se decide su traslado a la Unidad Médica Integrada (UMI).

- Una vez en la UMI, evoluciona de forma tórpida con deterioro progresivo y descompensación, hasta su fallecimiento a las 11:15 horas del día 25 de noviembre de 2014. El forense de guardia informa a la familia de que la causa del fallecimiento se debía a: *«caída casual en el baño de la habitación, sufriendo un hematoma subdural parietooccipital izquierdo, fractura conminuta de rama iliopubiana e isqueoPubiana y ala sacra»*.

- Tras la realización de la autopsia, del informe del médico forense se deduce que es un hecho indiscutido que las reiteradas caídas sufridas por la paciente le causan unas lesiones que son la causa fundamental de su fallecimiento.

El interesado entiende que, debido a la desatención y negligencia hospitalaria, la paciente sufre dos caídas en un mismo día, estando ingresada en el área Digestiva del HUNSC, que le generan unas lesiones de tal gravedad que propician su ingreso en cuidados intensivos del hospital en el que se encontraba ingresada, por unas dolencias distintas, que no guardaban relación con la causa de su fallecimiento.

2. En nuestro dictamen anterior sobre este mismo procedimiento (DCC 418/2018, de 11 de octubre) concluimos que la Propuesta de Resolución desestimatoria no se ajustaba a Derecho porque, habiendo solicitado la reclamante, fuera del período de prueba, la práctica de la prueba testifical de la compañera de habitación, no debió rechazarse sin resolución motivada, pues, el art. 77 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, contempla un período extraordinario de prueba (anterior art. 79 LRJAP-PAC).

Retrotraído el procedimiento y citada la compañera de habitación de la afectada el día de los hechos, con comunicación al interesado, con fecha 6 de junio de 2019 se recibe escrito de Dirección del Hospital (...) informando que la citada no es ni ha sido personal de este Hospital, pero que en la misma dirección que ese hospital se encuentra el Área Externa de Salud Mental, dependiente del HUC, y la Unidad de Salud mental (...), dependiente del HUNSC.

Solicitado de nuevo dictamen el 13 de junio de 2019, remitiendo las actuaciones complementarias realizadas y nueva propuesta de resolución desestimatoria -ya que la Administración alega que intentó la localización de la testigo en múltiples

ocasiones, aun siendo propuesta fuera del período probatorio y de forma correcta, siguiendo el procedimiento habitual, la comunicación por escrito de cada una de sus actuaciones administrativas-, por este Consejo se admite la propuesta, pero con suspensión del plazo para resolver, comunicando al SCS la necesidad de localización de la testigo para proceder a su citación.

Ante esa comunicación, la Administración procedió a contactar con la testigo, pudiéndose practicar la prueba testifical, dar de nuevo trámite de audiencia y remitir nueva Propuesta de Resolución con las actuaciones realizadas.

### 3. El SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- En 1990 la paciente es diagnosticada de cirrosis biliar que requirió trasplante hepático en abril de 2002.

- En junio de 2011, por estudio de Síndrome Constitucional, se evidencia hígado cirrótico de nuevo. Se plantea el retrasplante al empeorar la función hepática. Se practica gastroscopia durante la cual se observa, de forma casual una neoplasia renal que no pudo filiarse. Se practicó embolización y radiofrecuencia de la misma.

- En el año 2014, la paciente de 56 años de edad ingresa en el Servicio de Digestivo por presentar hidrotórax derecho secundario a descompensación hidrópica.

Durante su estancia presentó clara mejoría, pero el día de 10 de noviembre de 2014, empeoró mostrando ligeros signos de encefalopatía y deterioro de la función renal.

- El día 10 de noviembre de 2014, la paciente ingresa en el Servicio de Medicina Intensiva, y se le realiza el protocolo de caídas: Escala de Downton, cuyo resultado fue de bajo riesgo para caídas.

- El día 21 de noviembre de 2014, a las 22:00 h, la paciente se levanta de la cama para ir al cuarto de baño, e, inexplicablemente, sufre una caída casual/fortuita en la habitación donde se hallaba ingresada. La paciente queda inconsciente (no recuerda como ocurrió y no había ningún acompañante), con traumatismo cráneo encefálico, herida supraciliar derecha, relajación de esfínteres y rigidez muscular. Es valorada por los médicos de guardia de Medicina Interna y Traumatología. Se le pauta TAC urgente -entre las 22:24 h y las 22:34 h, sin contraste y radiografía de caderas, tórax, clavícula, huesos propios, pelvis y columna cervical.

El TAC cráneo-cérvico-toraco-abdomino-pélvico, destacó: Hemorragia subaracnoidea de predominio en el silvio derecho y surcos frotobasales derechos, y

en menor cuantía en surcos frontales derechos y parietooccipitales izquierdos. Fractura conminuta de la rama iliopubiana derecha con hematoma en vecindad de aparente localización extraperitoneal de 3,8 cm x 3,8 cm. Fractura multifocal de la rama anterior del ala sacra derecha con extensión a la articulación sacroilíaca.

Líquido libre abundante en hemiabdomen inferior y pelvis aparentemente presente en el estudio previo, con bajos niveles de atenuación compatible con ascitis. Ante estos hallazgos se decide monitorización.

- El 22 de noviembre de 2014, la UMI ajusta el tratamiento. En las primeras horas realiza convulsión tónico-clónica. Se inicia Levetiracetam como anticonvulsivo. Tras este episodio precisa Propofol por agitación nocturna. En días sucesivos presenta mala evolución clínica, presentando anemia, oligoanuria y empeoramiento analítico.

Se ajusta tratamiento y se transfunde dos concentrados de hematíes, sin objetivarse mejoría. Dados los antecedentes personales y la situación actual de la paciente, se decide limitar el esfuerzo terapéutico sin progresar en medidas agresivas. Se informa del mal pronóstico inmediato a la familia. Se inician medidas de confort. Persiste la mala evolución clínico-analítica, presentando tendencia progresiva a hipotensión material y episodios de apnea.

- El día 25 de noviembre de 2014 la paciente es Exitus Letalis a las 10:55 h.

Diagnóstico: Traumatismo cráneo encefálico leve con Hemorragia subaracnoidea postraumática, traumatismo abdominal cerrado. Hematoma extraperitoneal, fractura isquiopubiana derecha y ala sacra derecha, fallo multiorgánico.

Consideraciones del SIP:

1.- Al ingreso de la paciente -en la planta séptima norte del HUNSC- se le realizó -según protocolo- la Escala FRS de JH Dowton, para valoración del riesgo de caídas, con resultado de:

Bajo riesgo (Puntuación total: 1), por lo que no necesitaría ningún cuidado especial. El alto riesgo para caídas sería considerado para una puntuación mayor de 2.

2.- No obstante, la paciente sufre caída casual en la habitación donde se hallaba ingresada, al levantarse de la cama para dirigirse al cuarto de baño, sin avisar al personal de enfermería del turno de noche. Al no estar acompañada en la habitación, por ningún familiar (no existiría testigo presencial), al servicio de Inspección le

resulta imposible conocer cómo se produjo el hecho: Si fue al descender de la cama o, tal vez, sufrió un tropiezo/traspié cuando se hallaba ya incorporada y de pie.

3.- En cualquier caso, no se puede responsabilizar a los servicios asistenciales, de la caída fortuita sufrida por la paciente, puesto que ésta fue calificada -por protocolo- con riesgo bajo para caídas. Prueba de ello es que la paciente no consideró en ningún momento avisar -de hecho no consta que lo hiciera- al personal de enfermería del turno de noche de la planta de hospitalización de HUNSC séptima norte, decidiendo ir al cuarto de baño por sí misma.

Tras la caída, la paciente sufre traumatismo craneo-encefálico con pérdida de conciencia, relajación de esfínteres y rigidez muscular, lo que sería compatible -por la Escala de Hunt y Hess- con un grado IV-V, en la condición clínica de la paciente.

4.- La hemorragia subaracnoidea es una emergencia neurológica caracterizada por la extravasación de sangre dentro de los espacios que cubren el sistema nervioso central y que normalmente están ocupados por líquido cefalorraquídeo.

Las contusiones intracerebrales/traumatismo craneo encefálico suelen ser la causa más común en una hemorragia subaracnoidea traumática. Las fracturas de cráneo han sido encontradas en un 70% y el hematoma subdural en un 41% de los pacientes.

Las localizaciones cerebrales más comunes de la hemorragia subaracnoidea traumática son: En la cisura de Silvio en el 62% como en el caso analizado, tentorio: 32%, cisternas basales: 28%, en surcos corticales: 23%, y cisura interhemisférica: 9%.

Pueden aparecer además complicaciones neurológicas y múltiples complicaciones sistémicas con repercusión importante en el resultado final.

Complicaciones neurológicas: resangrado, vasoespasmo/déficit neurológico isquémico diferido, hidrocefalia, convulsiones, edema cerebral, hematoma intraparenquimatoso, hematoma subdural, hemorragia intraventricular. El vasoespasmo es una de las complicaciones neurológicas que generan más mortalidad.

Complicaciones sistémicas: respiratorias: edema pulmonar, neumonía, atelectasias, lesión pulmonar aguda, síndrome de distress respiratorio agudo, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda. Cardiológicas-hemodinámicas: disfunción miocárdica, insuficiencia cardíaca, arritmias, isquemia miocárdica, hiper/hipotensión. Trastornos electrolíticos: I-fiponatremia, hipomagnesemia, hipernatremia, fiebre, anemia, hiperglucemia, Infección urinaria, hemorragia digestiva, entre otras.

5.- La hemorragia subaracnoidea constituye un suceso de gran incertidumbre debido al elevado porcentaje de mortalidad y secuelas invalidantes que comporta.

Pese a los esfuerzos realizados por los servicios asistenciales y los avances de la ciencia médica, las cifras de mortalidad se mantienen bastante estables, con valores cercanos al 50%.

Un número importante de los pacientes que sufren una hemorragia subaracnoidea, fallecen sin poder recibir ningún tipo de atención, mientras que otro porcentaje también importante de enfermos mueren en las primeras horas/primeros días luego de la hemorragia.

En el caso que nos ocupa, la muerte de la paciente se produjo a los 4 de días de la caída casual e ingreso en UMI.

6.- Escala de Hunt y Hess:

Grado I: Asintomático, o con leves cefaleas o rigidez de nuca o ambos.

Grado II: Parálisis nervio craneal, rigidez de nuca o moderada o severa cefalea o ambos.

Grado III: Obnubilado, confuso o con moderado déficit neurológico.

Grado IV: Coma, con o sin déficit neurológico.

Grado V: Coma, rigidez de descerebración.

7.- Clásicamente, los enfermos que se encuentran en los grados I y II de la Escala de Hunt y Hess, son pacientes en buenas condiciones y los que tienen las mejores posibilidades de buenos resultados. Los del grado III, son intermedios en cuanto a gravedad, mientras que los del grado IV y V, son los considerados de categoría pobre y con mal pronóstico. Aquellos que ingresan en grado V o que llegan a este nivel en la evolución, por lo general fallecen.

Conclusiones del SIP:

1.- Considera que las graves patologías que sufría la paciente -hidrotórax derecho, encefalopatía, deterioro de la función renal, neoplasia renal-, per se, podrían concluir en un fatal desenlace. Pero además, las lesiones producidas por la caída -en especial, la hemorragia subaracnoidea-, pudieron incrementar la gravedad de esas patologías de base, que se sumarían a la hemorragia subaracnoidea. Los servicios asistenciales de la UMI aplicaron todos los medios para estabilizar a la paciente, pero ello no fue posible, evolucionando aquella tórpidamente y siendo

desafortunadamente exitus el día 25 de noviembre de 2014, a las 10:55 h, cuatro días después de la caída casual/fortuita en la habitación del hospital.

2.- A tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en el momento de la asistencia, valoración, exploración, solicitud de pruebas complementarias por los servicios de Medicina Interna y Traumatología, ambos de guardia, tras la caída, observamos que se siguieron las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para los casos de caídas fortuitas con traumatismo craneo encefálico, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada.

3.- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, 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, debe calificarse de: Correcta Praxis.

4.- La numerosa jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los Tribunales Superiores de Justicia, nos señala que no por reiterado deja de ser cierto que "(...) 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 beneficiario para el paciente (...)".

5.- Por lo tanto estimamos que, para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, fuera parte del daño suscitado y el nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse, del arte adecuado de actuación en los profesionales médicos denominado *lex artis*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos. La adecuación a la *lex artis* -que de los informes obrantes en el expediente se infiere-, conjeturamos, no ha sido contradicha por el reclamante. No queda resuelto por parte del reclamante que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma, y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis, antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal, entre la atención médica prestada y el resultado adverso. Para haber lugar a declarar la

responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.

6.- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial no es posible prever todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones, limitándose la medicina, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento sanitario sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere. La salud no es un bien que pueda elegirse y cuando se pierde, en ocasiones, -como en el caso que nos ocupa-, no puede restablecerse.

7.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados. Así la prestación sanitaria en su constante progreso, debe adecuarse paulatinamente al estado del saber actual y aplicar a cada enfermo las renovadas nociones médico-quirúrgicas; no sin los ajustes pertinentes que se acomoden a las peculiaridades de cada persona enferma.

8.- Por lo que antecede expuesto, el SIP, luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos observados, valora como correcta la actuación dispensada por los servicios asistenciales de la Administración Sanitaria y, por tanto, carente de antijuridicidad, no hallando anormalidad alguna en el decurso del proceso asistencial en la UMI tras la caída fortuita. No consideramos, por conclusión razonada, que la actuación de los servicios asistenciales fuera la causa del daño reclamado.

4. Se practica la prueba testifical en la paciente que compartía habitación con la madre del interesado cuando se produjeron los hechos por los que reclama.

En esa prueba se evidencia que la paciente no se encontraba bien debido a un trasplante de hígado, pero que de salud mental se encontraba bien, que era de trato agradable y hablaba con coherencia con la familia y con ella.

Que sobre las 10 de la noche del día 22 de noviembre de 2014, la paciente trataba de levantarse para ir al baño y se mareaba, por lo que le aconsejó que

avisara a las enfermeras, pero al no acudir nadie cuando pulsó el avisador se levantó a los pocos minutos (no recuerda cuánto tiempo) y sufrió una caída a los pocos pasos antes de llegar al baño. Que la asistencia llegó cuando ella llamó a viva voz pidiendo ayuda pero que ya no pudo ver nada porque pusieron un biombo por lo que no apreció nada más. La testigo insiste en que sólo hubo una caída, no dos, como señala el reclamante.

5. En el trámite de audiencia, el interesado insiste en que el fatal desenlace fue consecuencia de la caída por no tomar las debidas precauciones. Que ello se debió a la incorrecta evaluación del riesgo bajo de caídas realizado por el servicio de Enfermería en base al protocolo de caídas existente, porque no presentaba un riesgo bajo, ya que sufría una alteración física y mental debido a la alta ingesta de medicación que alteraba su organismo (antidepresivos, sedantes, ansiolíticos, etc.), utilizaba gafas y presentaba un síndrome confusional agudo con periodos de desorientación.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación porque entiende que el fallecimiento de la paciente no derivó de una mala o deficiente actuación sanitaria sino de las lesiones provocadas por la calda fortuita sufrida el día 21 de noviembre de 2014, que, a su vez, agravó las patologías de base, que ya poseía la paciente a su ingreso en el HUNSC.

No se aprecia, por tanto, daño antijurídico indemnizable, ya que la actuación del SCS fue en todo momento ajustada a la *lex artis*, no pudiendo atribuirse la caída de la paciente a negligencia alguna. La paciente no tenía alto riesgo de caídas.

En su opinión, tampoco queda acreditado que la paciente llamara al timbre antes de levantarse (la testigo lo afirma, la supervisora lo niega), ni se acredita el tiempo que tardó en acudir el auxiliar -en caso de existir la llamada previa- para acompañar a la paciente al baño, lo único que refiere la testigo es que la paciente pensaba acudir sola al baño y ante la advertencia de su compañera de habitación, llamó al timbre para pedir que alguien la acompañara. Ello parece indicar que la primera idea de la paciente es ir sola al baño, si nos atenemos a lo referido por la testigo. Se desconoce si esperó el tiempo suficiente o si se impacientó y decidió ir sola. Este extremo no queda acreditado, sólo se sabe que se levantó tras esperar «unos minutos», lo que tampoco parece indicar un espacio largo de tiempo.

El personal sanitario, una vez encontró a la paciente en el suelo de camino al baño, actuó con la mayor rapidez y diligencia para realizarle todas las pruebas oportunas y derivarla a los especialistas correspondientes para su atención

inmediata, lo que no pudo impedir su fallecimiento por las lesiones derivadas de la caída, que agravaron a su vez las patologías ya graves que presentaba a su ingreso.

### III

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/201, de 13 de marzo), que 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, LRJAP-PAC- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que la muerte de su madre se produjo como consecuencia de la caída sufrida por falta de medidas de seguridad ya que se le evaluó incorrectamente de riesgo bajo de caídas, a pesar de sufrir una alteración física y mental debido a la alta ingesta de medicación que alteraba su organismo (antidepresivos, sedantes, ansiolíticos, etc.), utilizaba gafas y presentaba un síndrome confusional agudo con periodos de desorientación.

Sin embargo, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los

supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, el interesado no aporta medios probatorios suficientes que sustenten sus alegaciones; antes al contrario: de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende, no solo la adecuada atención médica, sino que no eran necesarias mayores medidas de seguridad que las adoptadas.

En efecto, pese a que el interesado manifiesta en su escrito de alegaciones que fue valorado incorrectamente el riesgo de caídas, en el momento del ingreso se le realiza a la paciente la escala Downton, y da como resultado bajo riesgo, puntuación 1, por lo que no requiere ninguna identificación o cuidado especial. Su ingreso tiene lugar por motivos respiratorios, no tiene alteración de su estado mental. En la exploración realizada por el Servicio de Digestivo consta: «Exploración física general. Consciente y orientada, colaboradora» (folio n.º 192).

Aunque la testigo haya manifestado que se mareaba, también refiere que de salud mental se encontraba bien, que era de trato agradable y hablaba con coherencia con la familia y con ella la paciente.

En cualquier caso, aun habiéndose indicado alto riesgo, según la Escala Downton - cosa que no ocurrió- el resultado hubiese sido el mismo, pues la caída no fue consecuencia ni de la altura de la cama, ni de la inexistencia de barandilla (aunque su obligatoriedad no existe).

En efecto, de lo que se trata en el presente caso es de verificar si efectivamente la paciente llamó para que la ayudaran. De lo actuado se desprende que tal circunstancia no está suficientemente acreditada, pues si bien lo afirma la testigo, lo niega la enfermera, no habiendo otros medios que corroboren tal extremo (no hay constancia de que estuviera averiado) por lo que pudo accionar incorrectamente el dispositivo de llamada. Lo cierto es que ante la no llegada de ayuda en un espacio de tiempo corto (la testigo afirma que fueron «minutos»), la paciente voluntariamente se levantó, cayéndose antes de llegar al baño. La inmediata y adecuada asistencia por parte del personal sanitario, una vez se produjo la caída, está perfectamente acreditada.

3. Como hemos dicho en ocasiones precedentes en circunstancias más extremas que las presentes (ver el DCC 38/2016, de 11 de febrero, en el que se dictaminaba un caso de suicidio de una paciente con problemas mentales), para la determinación de

responsabilidad de la Administración ha de partirse de la doctrina de este Consejo y a su vez, de la doctrina del Tribunal Supremo en su constante y reiterada jurisprudencia (SSTS de 13 de octubre de 2008, de 5 de mayo de 2007 y de 27 de enero de 2001, entre otras). Así, en su Sentencia de fecha 21 marzo 2007, se señala que:

*«Debe igualmente precisarse si la conducta de la actora (en este caso, de ignorar las medidas de seguridad), conforma o no una ruptura del nexo causal, para lo cual enlazándose con cuanto acaba de decirse, ha de determinarse si debido a su alteración mental era previsible que se comportase creando riesgos, que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría, pues si esa persona no se encuentra en tales condiciones de normalidad y ello es conocido por el servicio sanitario, este tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento».*

En consecuencia, a la hora de valorar la actuación del servicio público concernido y la posible concurrencia de responsabilidad patrimonial por el hecho lesivo es necesario tener en cuenta que no hay constancia de incidentes que indicaran que podía producirse un hecho como el acontecido; que la paciente se hallaba consciente y colaboradora y que no consta que haya ignorado en otras ocasiones las órdenes pertinentes para garantizar su seguridad.

Por todo ello, ha de concluirse que no concurren los elementos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. De los antecedentes anteriormente expuestos, se desprende que estamos ante un hecho accidental, impredecible y difícilmente evitable pues la paciente decidió levantarse voluntariamente. Hubo un correcto funcionamiento del servicio sanitario, sin que sea razonablemente exigible una mayor intensidad en su prestación, lo que implica que si bien el hecho se produjo en su ámbito de actuación, el mismo se produjo de forma ajena al exigible, normal y adecuado funcionamiento del mismo.

Así pues, no concurre relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público afectado y el fallecimiento de la madre del reclamante.

De todo lo anterior debe inferirse, en suma, que el daño por el que se reclama ni es consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario, ni es antijurídico, puesto que tampoco es consecuencia de la infracción de la *lex artis*, ya que la asistencia recibida debe calificarse de correcta.

Ambas circunstancias, inexistencia de relación de causalidad y adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, según la jurisprudencia aludida

anteriormente, frustra el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de los interesados, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.