



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 7 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de septiembre de 2021.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 379/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría 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. La solicitud de dictamen, de 6 de julio de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 7 de julio de 2021.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 100.000 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley

* Ponente: Sra. de León Marrero.

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

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

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su madre, cuya relación de filiación se acredita en el expediente.

5. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 26 de septiembre de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 16 de octubre de 2017.

En cualquier caso, consta la tramitación de Diligencias Previas Penales n.º 4987/2017, por el Juzgado de Instrucción n.º 8 de Las Palmas de Gran Canaria, que concluyen con Auto de sobreseimiento provisional y archivo de la causa, de fecha 23 de marzo de 2018.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el

plazo máximo para resolver. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

Los reclamantes instan 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 (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su madre, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«PRIMERO. (...) Nuestra madre contaba con 86 años de edad y un estado de salud acorde a su edad, cuando el día 16-10-2017 falleció de forma violenta después de sufrir una caída de su cama durante su estancia hospitalaria, siendo esa Administración la responsable de su muerte, como ahora se expondrá.

SEGUNDO. El 17 de junio de 2017 acudimos al servicio de urgencias del hospital Dr. Negrín porque nuestra madre padeció un estado de desorientación. El referido servicio médico valoró a la paciente indicándole una transfusión de hematíes y seguimiento extrahospitalario.

El caso es que, después de esta visita, tan solo escasos quince días después, nuestra madre manifestó el mismo episodio de desorientación y acudimos nuevamente al servicio de urgencias. En esta ocasión se le diagnosticó una probable infección respiratoria, ERG, y SO confusional resuelto (origen multifactorial) siendo remitida el mismo día a su domicilio con tratamiento e indicación de seguimiento por su médico de cabecera y recomendación de acudir nuevamente al servicio de urgencias en caso de empeoramiento.

Y así ocurrió, solamente catorce días después de haber sido remitida a su domicilio, el día 14/7/2017 nuestra madre tuvo que ser ingresada en el hospital Dr. Negrín por astenia y deterioro del estado en general. En esta ocasión la paciente estuvo ingresada casi un mes desde su ingreso hasta que fue dada de alta el día 11 de agosto de 2017 (...).

Esta parte considera que el empeoramiento progresivo del estado de salud de nuestra madre fue provocado por habersele prestado una asistencia sanitaria defectuosa e incorrecta. Las continuas entradas y salidas durante cuatro meses del servicio de urgencias motivaron que se perdiera la oportunidad de resolver a tiempo las complicaciones que luego se dieron en el estado de salud de nuestra madre, al no haberle prestado la debida asistencia sanitaria. Esto a su vez, provocó que nuestra madre tuviese que permanecer ingresada en el hospital durante largos periodos que no habrían sido necesarios de haber mediado una correcta asistencia sanitaria. Fue además en el último de estos ingresos cuando nuestra

madre, que ya presentaba un delicado estado de salud con las complicaciones que le habían generado, falleció de forma violenta durante su estancia hospitalaria por una negligencia del SCS al no haber adoptado las medidas necesarias para evitar una de las caídas de la paciente que tuvo lugar el 14-10-2017 y que se pudo haber evitado por dicha Administración de haber actuado con la debida diligencia.

CUARTO. (...) Se pudo haber evitado de haberse adoptado las correspondientes y sencillas medidas de prevención y cuidado de una paciente que presentaba un cuadro de desorientación y avanzada edad y que, además, ya había sufrido caídas anteriores (para lo que hubiera bastado, por ejemplo, con colocar barras laterales a la cama o cualquier otra medida dirigida a evitar la caída de la misma).

Este lamentable resultado de muerte es consecuencia directa de las lesiones que le provocó la caída que sufrió nuestra madre cuando estaba bajo los cuidados del SCS, tal y como así lo confirma el Informe de Autopsia Médico Legal de fecha 18/10/2017 elaborado por la Médico Forense (...), facultativa perteneciente al Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal de Las Palmas, que se adjunta como documento número 1 al presente escrito. En el Informe de la Autopsia se confirma que se trata de una muerte violenta con etiología de la caída:

“PRIMERO. Se trata de una muerte violenta de etiología médico legal accidental, caída.

SEGUNDO. La causa básica es un politraumatismo, asociada a una alteración de coagulación grave por cirrosis macronodular por VHC evolucionada.

TERCERO. La causa final es shock hipovolémico.

CUARTO. Data la muerte a las 22:30 del 16 de octubre de 2017”».

Como consecuencia de ello, los reclamantes solicitan una indemnización que asciende a 100.000 euros.

III

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

1.- El 27 de septiembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su reclamación, de lo que reciben notificación 4 de octubre 2018, aportando éstos el 15 de octubre de 2018 comprobante de escrito, de 10 de octubre de 2018, por el que solicitan al Juzgado testimonio de las actuaciones penales. Posteriormente, recibido aquél, se aportó a la Administración el 18 de octubre de 2018.

2.- Mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, de 9 de noviembre de 2018, se acuerda la suspensión del procedimiento administrativo hasta

que recaiga Resolución judicial firme, lo que se notifica a los interesados el 15 de noviembre de 2018.

3.- Los reclamantes presentan escrito el 12 de diciembre de 2018 señalando que no procede la suspensión, cuyo levantamiento solicitan, por ser ya firme el Auto de 23 de marzo de 2018.

4.- Con fecha 13 de diciembre de 2018 se insta por la Administración a que los interesados remitan documento acreditativo de la firmeza del referido auto, aportándose por aquéllos, el 18 de febrero de 2019, certificado del Juzgado de Instrucción n.º 8 de Las Palmas de Gran Canaria acreditando aquel extremo.

5.- Mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, de 21 de febrero de 2019, se acuerda el levantamiento de la suspensión del procedimiento, lo que se notifica a los interesados el 4 de marzo de 2019.

6.- Tras solicitarse el 21 de febrero de 2019 informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), éste se emite el 4 de julio de 2019, tras haber recabado la documentación oportuna: Historia Clínica custodiada en el Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN), informe del Servicio de Urgencias del HUGCDN, informe del Supervisor de la Unidad de Hospitalización 6B derecha - Medicina Interna del HUGCDN, informe del Servicio de Medicina Interna del HUGCDN, e historia de salud relativa al ámbito de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

7.- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 6 de noviembre de 2019 se insta a los reclamantes para que propongan los medios de prueba que estimen pertinentes, de lo que reciben notificación el 14 de noviembre de 2019. Consta Diligencia para hacer constar que el 20 de noviembre de 2019 comparece (...) solicita copia del expediente, que se le entrega en el acto. Posteriormente, el 26 de noviembre de 2019 se aportan las pruebas de las que desean valerse.

8.- El 19 de diciembre de 2019 se dicta acuerdo sobre período probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por los interesados, así como la incorporación de la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, abriendo período probatorio a fin de que se recabe la documental interesada por los reclamantes, se aporte testigo propuesto por los reclamantes, así como la prueba pericial solicitada. De ello reciben notificación los interesados el 27

de diciembre de 2019 sin que se facilite testigo, pero sí informe pericial, que se había ya aportado el 20 de diciembre de 2019.

9.- El 22 de enero de 2020 se solicita la documentación requerida por los reclamantes en fase probatoria a la Dirección Gerencia del HUGCDN, que la remite el 16 de enero de 2020.

10.- El 22 de junio de 2020 se solicita informe complementario del SIP, que lo emite el 16 de septiembre de 2020.

11.- El 17 de noviembre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que son debidamente notificados los reclamantes, constanding diligencia de comparecencia de aquéllos el 24 de noviembre de 2020, solicitando copia de determinada documentación, que se les entrega en el acto. Posteriormente, el 2 de diciembre de 2020 presentan escrito de alegaciones.

12.- A la vista de las alegaciones, se solicita nuevamente informe complementario del SIP el 19 de febrero de 2021, que se emite el 25 de marzo de 2021.

13.- El 30 de marzo de 2021 se concede nuevamente audiencia a los interesados, de lo que reciben notificación el 6 de abril de 2021, presentando escrito de alegaciones el 17 de abril de 2021.

14.- El 3 de mayo de 2021 se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, que es informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 30 de junio de 2021, emitiéndose Propuesta de Resolución definitiva el 5 de julio de 2021, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, como se analizará, la pretensión de los reclamantes, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, los del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP de 4 de julio de 2019, obran en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.-Anemia ferropénica (2002). Hemorragia digestiva alta por consumo crónico de AINES en 2002. Hipertensión arterial. Hematoma en región frontal tras caída en octubre de 2015. EKG con bigemismo, con signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Nefropatía crónica estadio IV. Cirrosis macronodular en relación con Hepatitis C en estadio Child Pugh B (encefalopatía, ascitis). Insuficiencia cardíaca congestiva. Anemia por trastornos crónicos (en seguimiento por el Servicio de Medicina Interna).

En junio de 2017 consta en Historia de Salud que camina con una muleta, vive sola, IABVD.

2.-Dª (...) acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN en fecha 16 de junio de 2017 a las 15:18 horas, remitida desde su Médico de Familia por cifras de hemoglobina de 5,3 y deterioro de la función renal con creatinina de 1,83.

En seguimiento por el Servicio de Medicina Interna, en esa fecha asintomática.

Recibió transfusión de 2 concentrados de hematíes.

Causa alta, el 17 de junio, 01:26 horas, con indicación de continuar seguimiento por el Servicio de Medicina Interna, por su Médico de Familia y en caso de empeoramiento acudir nuevamente al Servicio de Urgencias.

3.-En fecha 1 de julio de 2017 acude (...) al Servicio de Urgencias del HUGCDN por desorientación y empeoramiento del estado general.

Se realiza exploración física, analítica, Rx de Tórax y EKG. Se muestra consciente y orientada en espacio, desorientada en tiempo.

Recibe hidratación y bajo el diagnóstico de probable infección respiratoria, ERC, síndrome confusional resuelto (origen multifactorial) se recomienda mantener adecuada hidratación, antibiótico, paracetamol.

4.-En fecha 14 de julio de 2017 ingresa, de forma programada desde consultas externas, en el Servicio de Medicina Interna del HUGCDN para completar estudio de síndrome constitucional y bicitopenia.

Se realizó exploración física, analíticas, aspirado de médula ósea, Rx de abdomen, TAC de Tórax, TAC abdominal, ecografía abdominal, TA craneal, ECG, ecocardiograma, gastroscopia y colonoscopia.

En TAC abdominal se objetiva una lesión ocupante de espacio hepática única sugestiva de hepatocarcinoma vs lesión displásica. Valorada por Digestivo y Oncología RT se decide tratamiento con radioterapia ambulatoria.

Como complicaciones en el ingreso presentó un episodio de íleo abdominal y retención de orina, secundario a trastornos hidroelectrolíticos con encefalopatía hepática secundaria, que quedó resuelto.

Presentó ITU no complicada aislándose en urocultivo E. coli.

En condiciones de estabilidad causa alta en fecha 11 de agosto de 2017 con indicación de tratamiento antibiótico (ITU) y de continuar seguimiento en consultas externas. Control por su Médico de Familia, por sus especialistas habituales, cita en el Servicio de Medicina Interna MI - paciente pluripatológica - y en Oncología Radioterápica y Digestivo.

Se exponen los diagnósticos conocidos en el contexto de su pluripatología: Cirrosis hepática Child- Pugh por infección crónica por VHC, datos de hipertensión portal (ascitis, EPS - encefalopatía portosistémica-, varices rectales, circulación gástrica colateral). LOE hepática sugestiva de hepatocarcinoma vs lesión displásica. Episodios de EPS grado II-III en contexto de etiología multifactorial (estreñimiento, íleo abdominal y trastornos hidroelectrolíticos) resuelto. Retención aguda de orina en contexto episodio EPS resuelta. ICC descompensada con FEVI preservada, última descompensación en julio de 2017. Estenosis aórtica ligera. Bigeminismo supraventricular asintomática. ITU no complicada por E. coli. Bicitopenia a estudio consistente en anemia macrocítica por déficit de B12 y trombopenia, secundarias a su hepatopatía sin poder descartar otras etiologías (aspirado de médula ósea pendiente). Lesión anexial derecha de etiología indeterminada. Hipertensión arterial, de 32 años de evolución, esencial grado 2 con LOD: HVI moderada concéntrica. ERC estadio 3B por nefroangiosclerosis/riñón senil. Osteopenia diagnosticada en 2000. Enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso. Atrofia cortical cerebral y cerebelosa (TAC de julio de 2017). Parestesias en EEII y EESS desde 2004.

5.-En fecha 16 de agosto de 2017 acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN por encefalopatía hepática grado I-II.

Tras permanecer 12 horas en observación presentó mejoría clínica: "mejores condiciones generales, consciente, alerta, orientada, hidratada, afebril, colaboradora, hemodinámicamente estable".

Se decide el alta con tratamiento, "se explica la situación a la familia, dice entender y está de acuerdo". Informa el Servicio que "se explican normas de evolución y se informa de los síntomas de alarma".

6.-Acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN en fecha 20 de agosto por persistencia de la clínica y no mejoría con el tratamiento ambulatorio. Deterioro del estado general.

Se recoge que estando previamente bien, presentó cuadro de deterioro del estado general, predominando mutismo y tendencia al sueño. No fiebre, no diarrea, no vómitos, no otra sintomatología. Su familia expresa que desde su última estancia ha estado así.

Se decide ingreso en Medicina Interna, 21 de agosto, bajo el diagnóstico de EPS grado II para optimizar el tratamiento y completar estudio.

En la exploración física consciente y orientada en persona y espacio, desorientada en tiempo.

A la llegada a planta, 18:03 horas, se describe consciente, orientada, colaboradora. Semiautónoma para las ABVD. Consta que se colocan barandillas por si se desorientara.

Se mantiene consciente y orientada a lo largo del ingreso antes de la caída de 6 de octubre: 22 de agosto a las 03:46 horas, 23 de agosto en la valoración por el Servicio de MI (orientada en las tres esferas), 4 de septiembre (alerta y hablando con sus familiares), 16 de septiembre (la paciente refiere sentirse mejor que a su llegada), 17 de septiembre (la familia refiere que la paciente se encuentra mucho más orientada que a su llegada al hospital), 24 y 29 de septiembre, 3, 4, 6 y 9 de octubre de 2017.

Durante el ingreso tuvo acompañamiento familiar y en otras ocasiones de cuidadora: 21 y 22 de agosto, 3 y 4 de octubre, entre otros.

Se desplazaba al sillón: 22 de agosto a las 11:36 horas, 4 de septiembre, 22 de septiembre, 2, 3 y 5 de octubre.

Durante el ingreso consta de manera continua información por el Servicio a los hijos y cuidadora de que "si deterioro clínico manejo médico en planta no en UMI (ya comentado en ingreso previo con sus hijos la posibilidad de mala evolución por sus comorbilidades, conformes con no realizar medidas invasivas extraordinarias)": 23 de agosto, 31 de agosto, 1 de septiembre, 4 de septiembre, 9 de octubre.

Presentó episodio de hemorragia digestiva baja (HDB) sin repercusión hemodinámica.

En biopsia de MO síndrome mielodisplásico.

El 29 de agosto se despierta algo agitada, confusa, alerta. Valorada y tratada la desorientación por facultativo. El 6 de septiembre se describe deambulando.

El 8 de septiembre de 2017 hematoma costal izquierdo, en la misma fecha avisan a facultativo por hematoma en zona lumbar derecha. No refiere traumatismo previo, impresiona que ha podido ser espontáneo. Se marca y deja bajo vigilancia. En fecha 13 de septiembre hematoma en pared anterior del abdomen en resolución.

Presentó ascitis que requirió paracentesis evacuadora (15 de septiembre), líquido con ligero color hemático, deterioro secundario de la función renal.

El 24 de septiembre presentó melenas. En la exploración "BEG, consciente, orientada en persona y espacio, reconoce a familiares y a su médico responsable a quien dice echa de menos. Actitud conservadora frente al sangrado digestivo dado la edad, enfermedad de base (cirrosis hepática y hepatocarcinoma) y consenso previo por médico responsable y familiar."

Los días 30 de septiembre y 1 de octubre "deambula por la habitación".

El 3 y 4 de octubre BEG consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora. El 5 de octubre a las 00:49 se escribe "descansa sin incidencias".

El 6 de octubre de 2017 a las 01:21 horas "descansando en el turno, a las 6 horas se la encuentran en la cama y el PICC ensangrentado, se realiza cura, aparentemente es por el punto de punción."

En ese mismo día avisan del laboratorio por bioquímica alterada, se repite estudio. Se realiza EKG y estando unos segundos sola sufre caída casual.

Valoración de la caída por Enfermería el 6 de octubre de 2017 a las 10:23 horas:

*Nivel del riesgo previo a la caída Alto riesgo (puntuación > 3)

*Lugar de la caída: habitación

*Tipo de caída: En bipedestación.

*Circunstancia de la caída. Al levantarse.

*Especificar otra circunstancia de la caída: Se levantó sola sin esperar la ayuda de su cuidador.

*Causa posible de la caída: Deambulación.

*Acompañamiento en el momento de la caída: No.

*Observaciones a la descripción de la caída: Se levanta sola de la cama e intenta ir al sillón sin la ayuda de su cuidadora.

*Consecuencias inmediatas de la caída: Contusión.

*Localización de las lesiones: Cabeza.

Valorada por el Médico, tras aviso de caída por deambular con golpe en región frontoparietal izquierda y tras resultado de analítica se solicita TAC urgente: Hematoma subdural agudo laminar parieto-occipital izquierdo no asociado a expansividad significativa, sin acompañarse de alteraciones neurológicas. No líneas de fractura. Consciente, alerta, activa. Dolor punzante en antebrazo izquierdo. Se indica observación neurológica, avisar si incidencias. Paciente no candidata a medias invasivas.

En fecha 9 de octubre tolera bien la sedestación. Consciente y orientada sin deterioro neurológico. Sigue constando: "Si deterioro clínico manejo médico en planta, no UMI (paciente frágil y pluripatológica en estadio de cirrosis y con hepatocarcinoma, creo que no se beneficia de otras actitudes más agresivas de las que estamos realizando).

El 10 de octubre a las 00:37: Desorientada en la noche, queriéndose bajar de la cama saltando las barandillas. Colocadas contenciones en MMSS.

A las 12:19 se escribe: A primera hora gritando y desorientada, tras el aseo empieza a calmarse, sentada en el sillón acompañada de su cuidadora, conversación coherente, reconoce que anoche estaba un poco desorientada. Deambula hasta el WC con ayuda.

El 11 de octubre, 00:58 horas, nuevo episodio de desorientación: Quiere bajarse de la cama. Se contenciona (SIC).

En la valoración por MIR en la misma fecha 11 (12:46 h): Asintomática, pero no quiere bajar a rayos teniendo programada paracentesis y TAC de control. Se habla con familia, tras informar adecuadamente de las diversas patologías que padece la paciente y el riesgo-beneficio de la paracentesis evacuadora se desestima éste y cualquier procedimiento invasivo que suponga más riesgo que beneficio. Se pospone el TAC de control. Si deterioro actitud conservadora-paliativa. No subsidiaria de UMI. Si PCR no RCP.

El 12 de octubre estable y asintomática, en el sillón, acompañada. El 13 de octubre se realiza el TAC de control.

En fecha 14 de octubre de 2017, a las 09:38 horas refiere Enfermería que en el cambio de turno se cae de la cama. Se comenta al Médico de guardia.

En la valoración médica (10:24 horas) se escribe que la caída se produce al bajarse de la cama. La acompañante de la otra paciente de la habitación refiere que escuchó "un fuerte golpe" encontrado acto seguido a la paciente en el suelo tirada en decúbito supino, aquejando dolor en la cabeza y pierna derecha. En la exploración no alteraciones neurológicas, múltiples hematomas en brazo, hematoma a nivel temporo-occipital izquierdo. Dolor a la palpación en cadera derecha y a nivel lumbar.

Se solicita TAC de cráneo urgente, Rx de pelvis y lumbar.

En TAC craneal: Higromas subdurales en ambas convexidades, identificándose en el seno de los mismos varios hematomas subdurales con valores tomográficos elevados sugerentes de cronología aguda. El de mayor tamaño, fronto-parietotemporal derecha. Otras dos colecciones a nivel parasagital anterior derecho y mínima en el aspecto parietal de convexidad izquierda. No signos de expansividad significativos.

Rx de pelvis sin lesiones óseas agudas. Rx lumbar, fractura L1 ya conocida.

Se indica que si la paciente se encuentra supervisada por familiar/cuidadora puede estar sin contenciones si estuviese sin ellos contencionar (SIC). Se informa a la familia que sería recomendable la presencia de algún acompañante.

El 15 de octubre, 00:07 horas, avisan al Médico de guardia por deterioro del nivel de conciencia e hipotensión arterial.

No hematoma extenso en espalda. Hematoma en región posterior del ano. Hematomas bilaterales en MMII.

TAC craneal urgente, sin cambios.

En TAC abdominal, urgente sangrado a nivel pélvico no descrito en TAC previo: Hematoma en región presacra que condiciona signos de expansividad con desplazamiento anterior de estructuras pélvicas. No fracturas óseas. Sangrado activo no valorable.

Como JC: Hematoma sacro con anemización. Hematoma subdural agudo frontoparietotemporal derecho estable. Fractura L1 ya conocida. Coagulopatía por hepatopatía.

Dada la hipotensión arterial se indica resucitación inmediata con fluidoterapia y dado el valor de Hb (4,8 g/dl) se solicita concentrado de sangre emergente y se reservan 2 más urgentes.

Mejora la situación hemodinámica pero el pronóstico se considera sombrío debido a su comorbilidad. Se informa a la familia del mal pronóstico a corto/medio plazo. Actitud activa en planta.

Diagnóstico: Shock hipovolémico secundario a gran hematoma presacro. No se ha podido descartar sangrado activo en TAC por fracaso renal. Hematoma subdural. Coagulopatía de consumo y secundaria a cirrosis hepática. ERC agudizada en el contexto de shock hipovolémico. Disminución del nivel de conciencia, en ese momento, multifactorial: EPS grado III-IV, hematomas subdurales, situación metabólica comprometida.

Problemas de base: Cirrosis hepática Child Pugh B7 secundaria a infección por VHC con datos de hipertensión portal (ascitis, EPS, varices rectales, circulación gástrica colateral). LOE hepática con PAAF sugestiva de hepatocarcinoma. Bicitopenia secundaria a hepatopatía con signos de SMD en aspirado de MO.

No se objetiva respuesta al tratamiento alcanzándose el techo terapéutico. Se conviene con la familia limitar el soporte si hay empeoramiento durante la noche o bien si llegada a la mañana no hay respuesta al tratamiento.

El 16 de octubre anuria de más de 24 horas. Evolución tórpida con empeoramiento del estado general. Anemización precisando transfusión sanguínea, plasma fresco y fibrinógeno a pesar de lo cual continua con anemización; empeoramiento de trombopenia, fracaso renal agudo sobre ERC de base, disminución del nivel de conciencia multifactorial, precisando mediación de rescate por dolor.

Se vuelve a acordar conjuntamente con la familia limitar medidas y priorizar medidas de confort.

Éxitus a las 22:30 horas.

7.-En informe de autopsia de fecha 18 de octubre de 2017:

*En examen interno:

Hematoma subgaleal frontal y parietal izquierdo. Hematoma occipital. Hematoma subdural izquierdo. Hemorragia subaracnoidea en polo occipital.

Hemoperitoneo. Cirrosis macronodular. Estómago con mucosa hemorrágica. Páncreas hemorrágico. VHC positivo.

*Consideraciones Médico-Forenses, entre otras:

Hematomas compatibles con caída.

“El fallo hepático produce además alteración en los factores de coagulación lo cual ha derivado en que una caída de poca altura ha tenido unas consecuencias fatales produciéndose existencia de un hemoperitoneo masivo lo cual ha derivado en un shock hipovolémico y finalmente éxitos”.

*Conclusiones Médico Legales:

Se trata de una muerte violenta de etiología médico legal accidental, caída.

Como causa básica un politraumatismo asociado a una alteración de coagulación grave por cirrosis macronodular por VHC evolucionada.

La causa final es shock hipovolémico.

Data de la muerte 22:30 horas del 16 de octubre de 2017».

3. A los efectos de analizar la adecuación a derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que *«a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente».*

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos, así como, respecto de su caída, si se pusieron los medios para evitarla.

A tal efecto, hemos de analizar cada uno de los puntos de la reclamación de los interesados, pues, como bien señala la Propuesta de Resolución, de la misma se infieren dos aspectos diferentes en los que hacen recaer la responsabilidad de la Administración respecto del fallecimiento de su madre:

4.1. Por una parte, entienden los reclamantes que «el empeoramiento progresivo del estado de salud de nuestra madre fue provocado por habersele prestado una asistencia sanitaria defectuosa e incorrecta. Las continuas entradas y salidas de urgencias motivaron que se perdiera la oportunidad de resolver a tiempo las complicaciones que luego se dieron en el estado de salud de nuestra madre».

Pues bien, en este punto, se ha justificado adecuadamente en los diversos informes recabados, y así lo recoge la Propuesta de Resolución, que, en contra de lo que mantienen los reclamantes, en las diversas asistencias prestadas a su madre no estaba indicado el ingreso hasta la fecha en la que se produjo, siendo correctos los distintos tratamientos ambulatorios dispensados en cada asistencia.

Así se detrae del informe del Servicio de Urgencias y así lo recoge en sus conclusiones el SIP, en su informe de 4 de julio de 2019 al señalar:

«A la vista de la Historia Clínica no se considera correcta la afirmación de asistencia en el Servicio de Urgencias durante 4 meses. La paciente, seguida de forma ambulatoria por el Servicio de Medicina Interna, acude en dos ocasiones, 16 de junio y 1 de julio de 2017, al Servicio de Urgencias previo a causar el 14 de julio de 2017 ingreso en el Servicio de MI para estudio. Después del alta hospitalaria, el 11 de agosto, correspondiente a este ingreso, acude al Servicio de Urgencias el 16 de agosto y es nuevamente ingresada en la demanda de asistencia de fecha 20 de agosto. Transcurren 2 meses y 4 días desde la asistencia inicial en el Servicio de Urgencias y el último ingreso hospitalario quedando incluido en este periodo un ingreso hospitalario previo de 28 días.

La paciente con una patología de base crónica, seguida por los servicios de atención especializada, acude al Servicio de Urgencias derivada de forma puntual en ocasiones de descompensación de su cuadro y controlado el proceso que justificó la derivación causa alta con la indicación de continuar el seguimiento por los servicios que la han venido controlando. Un primer ingreso hospitalario se produce por derivación desde el servicio de Medicina Interna para completar estudio y un segundo ingreso por no respuesta al tratamiento ambulatorio.

En relación a la necesidad de ingreso hospitalario, aludida por los reclamantes, en las demandas de asistencia al Servicio de Urgencias del HUGCDN se ha incorporado al expediente la información facilitada por dicho Servicio:

**La primera solicitud corresponde a la fecha 16 de junio de 2017 por un cuadro de anemia y deterioro de la función renal. La paciente ya estaba siendo seguida por el Servicio de MI y en esta asistencia es transfundida corrigiéndose su situación aguda.*

En esta línea nos informa el Servicio que acude con alteración analítica pero asintomática y que “El hallazgo de una alteración analítica como una anemia en paciente asintomática y sin datos de exteriorización, no son criterios para ingreso hospitalario, sin embargo sí es un criterio para estudio ambulatorio”.

**En la asistencia de 1 de julio de 2017 acude la paciente al Servicio de Urgencias por desorientación y empeoramiento del estado general. La desorientación fue autolimitada y en el contexto de un cuadro infeccioso mostrándose en la exploración orientada.*

Realizadas pruebas complementarias bajo el diagnóstico de probable infección respiratoria, ERC y síndrome confusional resuelto (de origen multifactorial) recibe hidratación con la recomendación de continuar con la misma y se prescribe tratamiento antibiótico. Nos informa el Servicio que “los pacientes con antecedentes de hepatopatía

crónica pueden presentar cuadros de encefalopatía en contexto de procesos infecciosos que se pueden resolver tratando la causa desencadenante”.

Observamos como la causa de la consulta fue abordada y la manifestación clínica autolimitada.

**Como se ha indicado, la paciente estaba siendo seguida por el Servicio de Medicina Interna y así ingresa a cargo de dicho Servicio de forma programada en fecha 14 de julio de 2017 para completar estudio de síndrome constitucional y bicitopenia.*

Dentro de su pluripatología de base, que se expone claramente como diagnósticos en el informe de alta, en el amplio estudio realizado durante el ingreso se añade la imagen objetivada en TAC abdominal sugestiva de hepatocarcinoma vs lesión displásica, además figura infección del tracto urinario (ITU) y un episodio de ileo abdominal y retención de orina, secundario a trastornos hidroelectrolíticos con encefalopatía hepática secundaria, que quedó resuelto.

**En fecha 16 de agosto de 2017 acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN por encefalopatía hepática grado I-II causando alta con tratamiento y con explicación de la situación a la familia, dice entender y está de acuerdo”.*

La EPS (encefalopatía porto-sistémica) es un síndrome neuro-psiquiátrico en pacientes cirróticos con frecuencia desencadenado por infecciones, el sangrado gastrointestinal, la insuficiencia renal inducida por diuréticos, la constipación, la hiponatremia dilucional, entre otros.

Nos informa el Servicio de Urgencias en relación a esta asistencia “En el servicio de urgencias los pacientes con antecedente personal de Hepatopatía crónica, que ingresan por encefalopatía hepática grado I-II, se suelen mantener en observación con tratamiento y si presentan mejoría clínica no suelen ingresar”».

Por todo ello debe concluirse que, dado que la atención dispensada en cada momento fue la adecuada, sin que estuviera indicado el ingreso hospitalario de la paciente sino su tratamiento ambulatorio, la falta de ingreso no produjo pérdida alguna de oportunidad en relación con la situación clínica de la paciente. Por tanto, la actuación sanitaria se adecuó a la *lex artis*.

4.2. Por otra parte, se imputa por los interesados el fallecimiento de la paciente a la última caída de la cama del hospital acaecida el 14 de octubre de 2017.

En este punto señalan en su escrito de reclamación, así como en sus alegaciones, lo que fundamentan en el informe pericial aportado el 20 de diciembre de 2019, que la caída se produjo por falta de adopción de medidas de contención adecuadas, al no haber valorado el riesgo de caídas de su madre.

Pues bien, respecto de este extremo se pronuncian, además del informe del SIP de 4 de julio de 2019, los informes del SIP de 22 de junio de 2020, que refuta las manifestaciones del informe pericial de parte, y el de 25 de marzo de 2021, que se pronuncia específicamente sobre el adecuado cumplimiento del protocolo de caídas existente en el HUGCDN.

Así pues, por una parte, se ha probado que no es cierto que no se haya valorado el riesgo de caídas de la paciente, y, por otra que, valorado el mismo se adoptaron todas las medidas que estaban indicadas en cada caso para evitar caídas de la paciente, sin que el resultado final tenga relación alguna con la falta de adopción de aquéllas.

Por tanto, como bien se recoge en la Propuesta de Resolución:

Respecto de la valoración del riesgo de caídas se señala:

*«*Sí se realizó valoración del riesgo de caída al ingreso.*

Consta realización en la fecha del ingreso hospitalario que nos ocupa, 21 de agosto de 2017 a las 18 horas, la realización por el personal de Enfermería de la Escala para valoración del riesgo de caídas - DOWNTON - así como la puntuación resultante, 5 puntos, por lo que se concluye y se expresa en la misma fecha su significado "Alto riesgo de caídas.

Además, hay constancia de antecedentes previos de valoración de este riesgo tal es el caso del ingreso de 14 de julio de 2107 o en la estancia en el Servicio de Urgencias el 16 de agosto de 2017(puntuación igualmente de 5, riesgo alto).

Por tanto, no es correcto que hasta el 14 de octubre no se reflejara el riesgo de caída alto. Lo que se realizó en esa fecha, al igual que previamente el 6 de octubre, fue el registro de caída en cuyo documento se eligió el ítem 2, riesgo alto, porque la puntuación en la Escala anteriormente aplicada fue 5 (>3 alto riesgo).

**Por otra parte, en el informe de Enfermería al Alta, figura entre los diagnósticos de Enfermería al ingreso "Riesgo de caídas (00155)". Además, en las tomas de 21, 23 de agosto, 5, 12, 19 y 20 de septiembre de 2017_(pgs. 259, 260, 261, 262 de la HC digital) se deja constancia entre los diagnósticos de Enfermería al ingreso "Riesgo de caídas (00155)".*

Se añade que en la valoración de los Patrones Funcionales de fecha 21 de agosto, además de figurar como antecedentes "2 o más caídas en el último año", consta riesgo de caídas alto (pg. 265 de la HC digital) y entre los protocolos aplicados describen el de UPP y el de caídas (pg. 266 HC digital)».

Y, respecto de la adopción de las medidas adecuadas para evitar las caídas, se señala, correctamente:

«*Conocido el riesgo de caída se empleó de medidas para evitarlas, tanto el uso de barandillas como posteriormente la indicación de contención.

El Servicio de Medicina Interna ha informado que dentro del protocolo de prevención de caídas se incluye la Escala de Downton de valoración del riesgo de caídas, que fue efectuada a la paciente y según la puntuación obtenida se toman las medidas oportunas, que también fueron tomadas, incluyendo la colocación de barandillas y puntualmente la sujeción mecánica.

Hay referencias al uso de barandillas desde el ingreso.

El 21 de agosto de 2017, fecha de ingreso hospitalario en el Servicio de Medicina Interna, consta en Historia Clínica en observaciones de Enfermería, a las 18:03 horas "Se colocan barandillas por si se desorientara". En ese momento estaba acompañada por su hijo (pg. 268 de la HC digital) y aunque se describe consciente y orientada se colocan barandillas por si se desorientara.

En la hoja de cuidados figura en la fecha 21 de agosto "cama con barandillas". También, "avisar si agitación psicomotora".

En observaciones de Enfermería de fecha 10 de octubre a las 00:37 se hace mención a las barandillas: "desorientada queriéndose bajar de la cama saltándose las barandillas" por lo que se realiza contención.

El 11 de octubre 00:58 horas se escribe "desorientada e inquieta quiere bajarse de la cama, comunicado al Médico responsable se contenciona".

Entre los cuidados de Enfermería figura el 14 de octubre "cuidados del paciente contencionado".

El 15 de octubre a las 16:01horas, inquieta precisando contención mecánica. El 16 de octubre contencionada a las 01:4 h, acompañada.

*El Supervisor de Enfermería no ha afirmado ausencia de medidas de prevención. Expresa en su escrito que "siempre se deja la cama lo más baja posible y las barandillas subidas a no ser que el paciente esté acompañado y el familiar lo solicite." Esta generalidad se concretó en el presente caso habiendo constancia en las observaciones y notas de Enfermería del uso de barandillas.

Por tanto, la expresión "no se refleja nada en la historia clínica" puede corresponder a lo especificado en el apartado "cuidados". En observaciones de Enfermería a lo largo del ingreso se dejó constancia de que los cuidados de Enfermería fueron aplicados (descrito como "cuidados de enfermería aplicados/realizados") sin que figurara especificados los mismos."

La paciente precisó durante su ingreso la adopción de medidas de contención en evitación del riesgo de caídas, siempre de acuerdo con su estado y de conformidad con el

protocolo establecido (Lo que también consta en aquel informe del Subdirector de enfermería).

Explicita el Servicio de Inspección y Prestaciones en su primer informe:

Durante el ingreso hospitalario de fecha 20 de agosto de 2017 la paciente sufre dos caídas una en fecha 6 de octubre y otra en fecha 14 de octubre.

Previo a la primera caída, en las diversas exploraciones realizadas se mantiene consciente y orientada, se desplaza al sillón e incluso la propia paciente relata, el 16 de septiembre, sentirse mejor que a su llegada al igual que lo haría su familia el 17 de septiembre. Por otra parte, se describe durante el ingreso acompañamiento familiar/cuidadora.

El día 30 de septiembre y 1 de octubre deambula por la habitación. Los días previos a la caída del 6 de octubre se describe consciente y orientada. El día 9 de octubre, posterior a la primera caída sigue consciente y orientada.

A pesar de lo anterior, desde la llegada a planta, dado su patología y edad, se aplica el protocolo de caídas. Se valora el riesgo, con resultado de nivel alto, y "se colocan barandillas por si se desordenara". Si bien las barandillas laterales están indicadas en pacientes seniles y con bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo y/o agitado, las barandillas fueron colocadas desde el ingreso a pesar de describirse paciente consciente y orientada. Cuando presentó episodio de desorientación y agitación se amplió la protección con material de contención mecánica.

Así, el 10 de octubre se desorienta por la noche queriéndose bajar de la cama saltando las barandillas, motivo por el que se coloca contención en miembros superiores (MMSS) (folio 484). Las mismas circunstancias de se dan el 11 de octubre. (folio 488)

Se concluye que fue aplicado protocolo de caída y que fueron empleados materiales para evitar las mismas como timbre de alarma, barandillas, muleta y material de contención cuando fue preciso.

Y en el informe complementario (folios 587 a 591) se añade:

De este modo, consta, al ingreso el 21 de agosto de 2017 a las 18 horas, la realización por el personal de Enfermería de la Escala para valoración del riesgo de caídas - DOWNTON - así como la puntuación resultante, 5 puntos, por lo que se concluye y se expresa en la misma fecha su significado "Alto riesgo de caídas". El Servicio de Medicina Interna ha informado que dentro del protocolo de prevención de caídas se incluye esta Escala y que según la puntuación obtenida se toman las medidas oportunas, que también fueron tomadas, incluyendo la colocación de barandillas y puntualmente la sujeción mecánica.

El resultado de la Escala está contenido en la HC. Del mismo modo que no cabe duda sobre el control continuo de la paciente tanto por el personal Médico como de Enfermería. Añadir que el registro de la actividad de Enfermería se refleja no sólo en las notas y observaciones de enfermería sino también en el apartado cuidados. De este modo se valoraron los factores de riesgo incluidos en el procedimiento 005J.

La valoración del riesgo se realiza cuando existen cambios en el estado físico o mental. En el presente caso el riesgo al ingreso era el mismo que el resultante de valoración previa y calificada de alto riesgo, la mayor calificación, desde el ingreso, nueva reevaluación no añadiría una calificación superior con lo que no cambiaría las medidas adoptadas.

(...) Hay referencias al uso de barandillas desde el ingreso "Se colocan barandillas por si se desorientara".

En la hoja de cuidados figura en la fecha 21 de agosto "cama con barandillas". También, "avisar si agitación psicomotora".

En observaciones de Enfermería de fecha 10 de octubre "desorientada queriéndose bajar de la cama saltándose las barandillas" por lo que se realiza contención.

El 11 de octubre "desorientada e inquieta quiere bajarse de la cama, comunicado al Médico responsable se contenciona".

Entre los cuidados de Enfermería figura el 14 de octubre "cuidados del paciente contencionado".

El 15 de octubre "inquieta precisando contención mecánica". El 16 de octubre "contencionada a las 01:4 h, acompañada".

En las alegaciones se hace referencia a una primera caída en la que la paciente se encontraba sola. En efecto ya se ha informado que estando unos segundos sola sufre caída casual. Se levantó sola sin esperar la ayuda de su cuidador en el intento de ir al sillón. Se desprende que en esos segundos estaba la cuidadora.

Nos podemos cuestionar si esta actitud que acompaña a la primera caída, quedarse la paciente sola, guarda relación con la causa del fallecimiento.

No obstante, las lesiones secundarias a esta caída no son las causantes, según informe clínico y posterior de autopsia, del shock hipovolémico que consta como causa de muerte. En esta ocasión sufre golpe en región frontoparietal izquierda y en TAC se objetivó hematoma subdural agudo laminar parieto-occipital izquierdo.

En cambio, en el informe clínico en relación con el fallecimiento se describe que el shock hipovolémico fue secundario a gran hematoma presacro. Esta lesión es secundaria a la segunda caída de fecha 14 de octubre. En fecha 14 de octubre de 2017 sufre una segunda caída de la que derivó múltiples hematomas en brazo, hematoma a nivel temporo-occipital izquierdo. Dolor a la palpación en cadera derecha y a nivel lumbar. En TAC abdominal,

sangrado a nivel pélvico no descrito en TAC previo: Hematoma en región presacra que condiciona signos de expansividad con desplazamiento anterior de estructuras pélvicas. No fracturas óseas. Sangrado activo no valorable.

En esa fecha, el personal de Enfermería había pasado por la habitación a las 00:44 horas, se describe estable y descansando y a las 6:51 horas para control de la diuresis. En ambas ocasiones no se describe que la paciente estuviera agitada con intento de saltar la barandilla como ocurrió los días 10 y 11 de octubre que hicieron precisa la contención mecánica.

Con posterioridad cae de la cama, se deja escrito a las 9:38 h, desconocemos si en un nuevo intento de saltar la barandilla. (...) ”

Por lo anteriormente expuesto queda de manifiesto que la actuación fue correcta y que las medidas de contención fueron adoptadas conforme al protocolo, no exigiendo el estado de la paciente la noche del 14 de octubre la adopción de medida de contención mecánica ante la ausencia de agitación u otros signos que la aconsejasen no consta ningún dato semejante».

Conforme a todo lo expuesto, cabe concluir que los servicios asistenciales actuaron en todo momento conforme a la *lex artis*, sin que el fallecimiento de la paciente guarde relación alguna con tal asistencia, por lo que no existe nexo de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento de la Administración.

5. Este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, dictamen 339/2020, de 18 de septiembre), que «según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 LRJSP-, 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. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 LEC, conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

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

de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Doctrina que es plenamente aplicable al presente caso, en el que, por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.