Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 3 7 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de noviembre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) que se ha presentado en su propio nombre y en nombre y representación de (...), de (...) y de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 600/2024 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.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por los interesados [213.006,62 € -folios 4 y 6-] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera 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 el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y 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.

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, 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 el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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.

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

5.1. 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]:

««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 [(...)] y de los hijos [(...), (...) y (...)] de (...) para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños morales derivados del óbito de su esposo y padre, respectivamente [art. 4.1, letra a) LPACAP, en

relación con el art. 32 LRJSP]. Legitimación activa que no es puesta en cuestión por la propia Administración Pública sanitaria.

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».

5.2. 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.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], toda vez que la reclamación se presenta el día 26 de abril de 2021

en relación con un hecho lesivo [óbito del Sr. (...) tras caída] que se produjo el día 27 de abril de 2020.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún 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 LPACAP].

II

1. 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, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) durante su estancia en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil [en lo sucesivo, CHUIMI].

A este respecto, los perjudicados fundamentan su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos -folios 1 y ss.-:

«PRIMERO. - La solicitante, (...), es hija de (...) (...), quien falleció el día 27 de abril de 2020, a los 88 años de edad, en el Complejo Hospitalario Universitario Insular, fruto de la precipitación del paciente desde la cama de su habitación, lo que le provocó un traumatismo craneoencefálico severo que le provocó la muerte prácticamente de forma inmediata. (...) .

SEGUNDO.- Así, (...) fue ingresado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular el día 19 de abril de 2020, por un cuadro de tos y expectoración de 15 días de evolución asociada a disnea y negativa a la ingesta (no COVID), con diagnóstico de derrame pleural derecho, infección respiratoria (Sars-Cov-2 negativo) e insuficiencia renal crónica reagudizada, evolucionando favorablemente de los padecimientos que dieron lugar a su hospitalización durante los ocho días que duró su ingreso.

El día 27 de abril de 2020 se comunica telefónicamente a sus familiares en una primera llamada en torno al mediodía (es de recordar que durante este tiempo y debido al Estado de Alarma decretado en el país y crisis sanitaria las visitas de familiares a los centros hospitalarios estaban terminantemente prohibidas) que dada su mejoría le darían al Sr. (...) el alta ese mismo día. Posteriormente, en una segunda llamada, a eso de las 15:00 horas, les comunican que se había decidido administrarle nuevamente medicación por vía aérea debido a un pequeño repunte en sus dificultades respiratorias, lo que retrasaría su salida del hospital. Sin embargo, en una tercera llamada, a eso de las 17:00 de la tarde, se telefonea

nuevamente al hogar del paciente para comunicar a sus familiares que el Sr. (...) "había sufrido una caída y estaba muy malito", solicitándole que se trasladasen urgentemente al centro hospitalario, donde se les comunica el fallecimiento de este.

TERCERO. - El "Certificado médico forense de muerte por examen externo", realizado por el Instituto de Medicina Legal sobre el cuerpo del Sr. (...) (...) confirma su fallecimiento por traumatismo craneoencefálico severo, que derivó en parada cardiorrespiratoria y destrucción de centros vitales, una muerte que califica de "etiología médico legal accidental".

Ello confirma que la causa del fallecimiento se debió exclusivamente a las lesiones producidas por la caída del paciente desde su cama, caída que, dadas las particulares características y especiales condiciones del Sr. (...), de las que era perfectamente conocedor el centro hospitalario, como a continuación se expondrá, solo pudo ser consecuencia de que NO se tomaron las mínimas medidas pertinentes por parte del personal responsable de la atención del paciente para evitar la precipitación del enfermo desde su cama y tan terrible desenlace.

De los hechos descritos se desprende la inequívoca responsabilidad patrimonial por el mal funcionamiento del servicio público encargado de la sanidad del Sr. (...), teniendo en cuenta que no fueron aplicados debida y puntualmente los protocolos de actuación para las necesidades de atención, seguimiento y seguridad que requería la especial vulnerabilidad del fallecido.

CUARTO.- El Sr. (...), que contaba con 88 años de edad en el momento de su fallecimiento, padecía enfermedad de Parkinson y deterioro cognitivo tipo demencia cuerpos de Lewy, además de síndrome confusional agudo en paciente con demencia, tal y como se refleja en los antecedentes del paciente y el diagnóstico principal del informe de Éxitus emitido por la Jefa de Servicio (Dra. (...)) del Complejo Hospitalario y que se ha adjuntado al presente escrito, padecimientos que, además del deterioro cognitivo, ocasionan otros problemas, como dificultad de movimiento, alucinaciones visuales y ciertos problemas del sueño que ya habían aparecido en el Sr. (...), dificultades que, en atención a su diagnóstico debieron ser atendidos y procurar la adopción de las oportunas medidas de protección y seguridad que, a la vista del resultado, no se implementaron para evitar tal fatal desenlace.

Además, el Sr. (...) padecía obesidad (con 100 kg de peso y una altura de 177 cm, como se constata en el Certificado Forense) y un grave deterioro de la movilidad física y neuromuscular, limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras, dificultad para girarse, limitación en la amplitud de movimientos y enlentecimiento de movimientos, así como Riesgo de caídas, tal y como se recoge claramente en los "diagnósticos enfermeros activos" en el Informe de Cuidados de Enfermería emitido por la enfermera responsable del Complejo Hospitalario, (...), de la misma fecha del óbito, que igualmente se adjunta a este escrito.

Asimismo, habiendo sido denegada a esta parte la entrega de la historia clínica completa de (...) por parte de este Organismo, a medio del presente solicitamos la unión del mismo al presente expediente como medio de prueba.

QUINTO.- A la vista de todo lo anterior, de un lado, la condición neurológica del paciente, objeto de un grave deterioro y demencia, máxime en un contexto de aislamiento total de toda su familia y entorno cercano durante más de una semana debido a las prohibiciones de visitas externas de familiares durante la crisis sanitaria, sin que siquiera pudiera comunicarse telefónicamente con ninguno de ellos durante su ingreso, lo que acentúa la desorientación e inestabilidad de esta clase de pacientes; y, de otro lado, sus graves limitaciones de la más básica movilidad, riesgo de caídas, agravado por su obesidad y deterioro musculoesquelético de largo recorrido, como se desprende, incluso, de la presencia de una úlcera en la región sacra que recoge el certificado forense, típica de encamamientos prolongados; es evidente que por el personal sanitario, que atendieron al paciente en los momentos previos a que se precipitara de su cama con el fatal resultado, no se adoptaron las medidas de prevención y seguridad mínimas para evitar un suceso como el acaecido.

No resulta creíble ni posible que, con todos estos antecedentes conocidos por los profesionales, su peso y su grave deterioro de la movilidad física, el paciente pudiese precipitarse de la cama y con tal violencia si se hubiesen adoptado por el personal sanitario al cargo las medidas mínimas de prevención y seguridad, tan básicas como la colocación de barandillas en la cama o, de ser necesario, medidas mínimas de contención física por su condición de demencia y grave deterioro cognitivo y físico, lo que sin duda hubieran impedido la caída y, consecuentemente, la muerte del paciente.

(...) Existe, por todo lo relatado, una evidente relación de causalidad entre la deficiente actuación sanitaria y el fallecimiento del paciente».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, los reclamantes [esposa e hijos del paciente fallecido] plantean una pretensión indemnizatoria -en concepto de daños morales- cuyo monto total asciende a la cantidad de 213.006,62 € -con arreglo al baremo de indemnizaciones por accidentes de tráfico regulado en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre-.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada de 26 de abril de 2021 (...) [actuando en nombre y derecho propio y, simultáneamente, en representación -debidamente acreditada en las actuaciones *ex* art. 5 LPACAP- de su madre –(...)- y hermanos -(...) y (...)-] promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada a (...) -padre de la reclamante- en el CHUIMI y que derivó, finalmente, en la muerte del paciente.

2. Con fecha 29 de abril de 2021 el órgano instructor formula requerimiento a los interesados a fin de que subsanen y/o mejoren la reclamación interpuesta. Trámite que, una vez notificado a los interesados, es debidamente cumplimentado por éstos con fecha 18 de mayo de 2021 a través de la aportación de la documentación requerida.

3. Con fecha 20 de mayo de 2021 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por los interesados, suspendiéndose *« (...) la tramitación del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial n.º 66/21, hasta tanto recaiga resolución judicial firme en el orden jurisdiccional penal, la cual deberá ser comunicada por los reclamantes en un plazo de tres meses a contar desde su notificación. Transcurrido dicho plazo sin que por los reclamantes se haya aportado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 95 de la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se procederá la caducidad del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, acordándose el archivo de las actuaciones»*.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a los interesados.

4. Con fecha 7 de marzo de 2022 los reclamantes aportan copia del auto judicial de 21 de diciembre de 2021, dictado por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Las Palmas, por el que se desestima el recurso de apelación interpuesto contra el auto judicial de 28 de abril de 2020 dictado por el Juzgado de Instrucción n.º 3 de Las Palmas *« (...) y, en consecuencia (...), se mantiene el sobreseimiento provisional acordado y archivo de la causa penal»* [Diligencias previas n.º 1381/2020].

5. Con fecha 16 de marzo de 2022 se dicta Resolución 698/2022, del Secretario General del Servicio Canario de la Salud [P.D., del Director del Servicio Canario de la Salud] por la que se acuerda *«levantar la suspensión del procedimiento de responsabilidad patrimonial número 66/21 seguido a instancia de (...), de (...), de (...) y de (...), y realizar*

cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio que ponga fin a este procedimiento, que se instruirá con arreglo a las normas de procedimiento aplicables y las del procedimiento administrativo común para lo no dispuesto en las mismas».

Resolución que figura convenientemente notificada a los reclamantes.

6. Con fecha de 22 de mayo de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la secretaria general del Servicio Canario de la Salud [en adelante, SIP], informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente fallecido. Asimismo, obra en el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil [en lo sucesivo, CHUIMI].

- Informe de 4 de abril de 2022, emitido por la supervisora de planta 6º SUR [Servicio de Medicina Interna del CHUIMI].

- Informe de 16 de febrero de 2023, de la Jefatura de Servicio de Medicina Interna del CHUIMI.

7. Con fechas 29 de mayo y 3 de junio de 2024 se procede a la apertura del periodo probatorio y del trámite de vista y audiencia, respectivamente, otorgando a los reclamantes un plazo de diez días a fin de que pudiesen formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimasen convenientes.

Una vez practicadas -en debida forma- las correspondientes notificaciones, y transcurrido el plazo conferido al efecto, no consta la presentación de alegaciones por parte de los reclamantes.

8. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

9. Con fecha 16 de septiembre de 2024 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la

reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) interpuesta por (...), por (...), por (...) y por (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

10. Mediante oficio de 19 de septiembre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 25 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por los interesados, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente durante su estancia en el CHUIMI.

En este sentido, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

2. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho («semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa no sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y 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. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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)».

Finalmente, y como ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo *« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se*

pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

3. Una vez examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se entiende que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*. De esta manera, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En este sentido, resulta oportuno reproducir las consideraciones efectuadas por el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, al señalar [con remisión a los informes médicos y la historia clínica que obra en las actuaciones -art. 88.6 LPACAP-] cuanto se expone a continuación -folios 298 y ss.-:

« (...) Teniendo en cuenta el objeto de la reclamación, fallecimiento de D.ª (...) a causa de la precipitación desde la cama de su habitación, caída que le ocasionó un TCE y la muerte prácticamente de forma inmediata, a la vista de la documentación médica e informes obrantes en el expediente, cabe considerar lo siguiente:

Tal y como se expone por el Servicio de Inspección y Prestaciones en informe de fecha de 22 de mayo de 2024, el fallecido, de años 88 al momento del fallecimiento (fecha del fallecimiento 27 de abril del 2020) presentaba múltiples antecedentes personales, entre los cuales constan: artrosis, hipertensión arterial, dislipemia, portador desde el año 2001 de marcapasos unicameral por enfermedad del nodo, estenosis aórtica leve moderada, anticoagulado por fibrilación auricular desde enero 2020, con insuficiencia renal crónica estadio III, enfermedad de Parkinson (mencionada en el 2013 y diagnosticada, según notas del Servicio de Rehabilitación, el año previo), con asociado deterioro cognitivo tipo cuerpos de Lewy que en ningún momento, en la historia clínica del CHUIMI, se describe como grave o que mermase su capacidad de juicio o su capacidad de comunicación e interacción.

En fecha de 19 de abril de 2020, acude desde su domicilio al Servicio de Urgencias de Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) por un cuadro de tos, expectoración, dificultad respiratoria (disnea) progresiva, edemas y negativa a la ingesta de 15 días de evolución. En el informe de exitus de 20 de abril de 2024 del Servicio de Medicina Interna se anota que presenta una dependencia parcial para las ABVD (precisa ayuda para el baño y parcialmente para el vestido), deambula en domicilio con andador, demencia por cuerpos de Lewy.

En el Servicio de Urgencias se realizaron las pruebas diagnósticas pertinentes (analítica, radiografía de tórax, PCR para coronavirus) y se iniciaron: oxigenoterapia en gafas nasales, antibiótico, aerosoles y diurético. Dada la persistencia de la clínica respiratoria se solicita

ingreso al Servicio de Medicina Interna donde se traslada en fecha 20 de abril de 2020 con diagnóstico inicial de insuficiencia cardíaca crónica descompensada, infección respiratoria no asociada a infección por coronavirus o por gripe, elevación INR (alteración coagulación), insuficiencia renal crónica reagudizada.

Al ingreso en la planta de Medicina Interna se retira fármaco anticoagulante (Sintrom) por elevación del INR (valor que indica estado de la coagulación) y se prosigue tratamiento sintomático. Cuando ingresa en la planta de Medicina Interna, la misma tarde del 20 de abril, el personal de enfermería complementa, cumpliendo el protocolo hospitalario, formulario de valoración del riesgo de caídas, basado en la escala Downton, revelando un elevado riesgo de caídas y consecuentemente incorporando al paciente en el protocolo asistencial para prevención de caídas.

Dicha escala explora datos como caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y uso de medicamentos cuales tranquilizantes, diuréticos, antiparkisonianos y antidepresivos.

En este sentido, en informe emitido con fecha de 4 de abril de 2022 por la Supervisora de planta 6º Sur, se señala, en atención a las medidas de prevención y seguridad adoptadas con respecto al paciente que, el personal a cargo del paciente había adoptado las medidas de prevención y seguridad requeridas puesto que ya se había detectado el potencial riesgo de caídas a su ingreso y, por tanto, se mantienen las barandillas subidas de ambos lados de la cama como bien refleja el registro de enfermería. En ningún momento de su ingreso precisó medidas de contención física al ser, a pesar de su "grave deterioro cognitivo y físico" un paciente colaborador y estar orientado por momentos y ser perfectamente abordable en cuanto a las indicaciones de permanecer en la cama. Tampoco las contenciones físicas, que son una pauta médica, se prescribieron en ningún momento de su ingreso.

Al ingreso se describe como situación basal una dependencia PARCIAL para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Según consta en las notas clínicas de enfermería y de los facultativos médicos del Servicio de Medicina Interna, no se señalan caídas previas a la que resultó en el fallecimiento y el paciente se describe en todos momentos como "orientado", "consciente". No se hace mención a síntomas de agitación, agresividad o desorientación o rechazo a la ingesta o a la medicación. Se describe la presencia de alucinaciones visuales (microzoonopsias) exclusivamente al ingreso, sin que se repitan esos fenómenos sensoperceptivos en los días siguientes, según Historia clínica. En ningún momento el paciente precisa valoración por facultativos externos al servicio (por ejemplo, neurólogo o psiquiatra) o pautas farmacológicas sedantes para control de eventuales alteraciones de la conducta.

Durante el ingreso se trata con oxigenoterapia y los tratamientos farmacológicos adecuados al caso, mostrando el paciente una evolución clínica favorable. Tras ser valorado

por cardiología para una revisión del marcapasos, el paciente es visitado durante la mañana del 27 de abril por el médico internista responsable, decidiendo el alta por evolución clínica favorable: el paciente "refiere encontrarse bien, sin disnea o dolor torácico", según notas de enfermería: "Buen estado. Estable. Normotenso. Afebril. No porta oxigeno", según relevan las constantes vitales y la saturación del oxígeno que es de 98% en aire ambiente (valores del oxígeno en la sangre normales). Por lo tanto, se programa y comunica a los familiares el alta al domicilio, pero a las 14:50 hora el paciente refiere encontrarse "cansado", con hallazgo de desaturación (baja saturación de oxígeno: 85%) y se anula el alta, avisando a los familiares.

Ante el empeoramiento del cuadro respiratorio el paciente ha sido visitado por el personal facultativo de guardia, que lo encuentra hemodinámicamente estable (tensión arterial y frecuencia cardíaca dentro de la normalidad) con ruidos respiratorios ("crepitantes bibasales y sibilancias en campo medio izquierdo"). Interrogado, el paciente admite haber realizado ingesta hídrica superior a la recomendada por lo cual se inicia oxígeno, diurético endovenoso (furosemida) y aerosoles con buena respuesta clínica en cuanto mejora la saturación de oxígeno (se registra saturación del 98% a las 16:58 con diuresis de 400 ml) y, cuanto se describe en la nota del facultativo de guardia, "pidiendo incluso sentarse en cama/sillón" y "se le indicó permanecer en cama con cabecero incorporado y barandillas" (informe de exitus de fecha de 29 de julio de 2020).

De forma coherente con dicho empeoramiento, por el registro de enfermería, se puede esgrimir que el paciente es revisado en varias ocasiones: se le ponen gafas nasales, le explora el médico de guardia, se canaliza una vía periférica, se administran aerosoles por orden médico y se releva una saturación del 98% (nota registrada por enfermería a las 16:58 en la que constan las constantes vitales).

En parte de lesiones y en el diario médico y de enfermería consta que a las 17:15 horas el compañero de habitación avisa que el paciente se ha caído a los pies de la cama, se desconoce la dinámica, el personal interviene de forma inmediata, y en notas de enfermería queda reflejado que la cama estaba con "ambas barandillas laterales subidas".

El paciente es hallado prono, inconsciente, con heridas lacero contusas a nivel frontal y parietal y con abundante sangrado, se apreció ya desde el primer momento un Trauma Cráneo Encefálico severo, entrando el paciente en parada cardiorrespiratoria posteriormente. Al relevar ausencia de pulso (parada cardiorrespiratoria) se inicia por orden médica reanimación cardiorrespiratoria básica, se activa protocolo parada (se activa busca parada), y se interrumpen las maniobras por constatación de fallecimiento (se realiza EKG a las 17.31). Posteriormente se realiza por el Instituto de Medicina Legal un examen externo sobre el cuerpo (no procede examen interno) que concluye: "Podemos deducir que la muerte se ha producido como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico grave. Causa

fundamental: traumatismo craneoencefálico grave, causa inmediata de la muerte: destrucción de centros vitales."

Sobre cómo pudo producirse dicha caída, a pesar de estar subidas las barandillas de la cama, en el referido informe emitido con fecha de 4 de abril de 2022 por la Supervisora de planta 6º Sur se señala que, no estando presente en la habitación del paciente personal sanitario al momento de la caída, la única manera en la que se entiende que este hecho se produjera es que después de haber solicitado sentarse en sillón o cama e indicarle que debía seguir de reposo en cama para mejor su función respiratoria, por algún motivo que desconocemos (...) trató de bajar por el espacio entre los pies de la cama y el final de la barandilla de la misma y fruto de su estado y patología de base se desestabilizó golpeándose fuertemente en la cabeza.

CONSIDERACIONES:

Señala el Servicio de Inspección y Prestaciones en el citado informe de 22 de mayo de 2024 que, a nivel hospitalario las caídas son eventos adversos desafortunadamente frecuentes; una adecuada prevención establece la evaluación del riesgo de caída, identificando los pacientes con riesgo alto de caída y los factores de riesgo asociados. En este caso en concreto el riesgo de caídas ha sido cribado de forma protocolaria al ingreso en planta, identificando los factores de riesgo asociados al paciente.

Como queda reflejado en varios protocolos de prevención de las caídas hospitalarias en dichos eventos adversos suelen concurrir varios factores intrínsecos y extrínsecos, de los cuales algunos no son modificables (edad, patología activas, caídas previas). Por lo cual la actuación se centrará exclusivamente en los factores que sí son modificables, tratables o mejorables durante el tiempo de estancia previsto.

En este caso en concreto, de forma coherente con la valoración inicial, se han adoptado de forma individualizada las medidas de prevención y seguridad requeridas, acordes al nivel de riesgo de caída y a los factores de riesgo detectados (las barandillas estaban subidas a ambos lados cuando se produjo el acontecimiento, como bien se refleja en el registro de enfermería).

Según consta en la historia clínica, en ningún momento el paciente ha precisado medidas más coercitivas, como contención física o farmacológica, de forma coherente con su cuadro conductual y cognitivo.

En el registro de los acontecimientos que han precedido al exitus el paciente, esa misma tarde, no se muestra agitado ni desorientado, se comunica de forma adecuada al poder verbalizar su malestar ("cansancio") e incluso llegando a pedir, al encontrarse mejor, tras inicio de tratamiento farmacológico y oxígeno, incorporarse en la silla. No obstante, se

decide por indicación médica que se mantenga en la cama, con el cabecero incorporado y barandilla subida.

Consta que en las horas previas se ha mantenido vigilancia del paciente quien ha sido valorado en varias ocasiones durante esa misma tarde, tomándose las constantes vitales y las medidas farmacológicas y no farmacológicas necesarias. La última nota de enfermería queda registrada a las 16:58 horas.

En suma, no se aprecia actuación negligente; al contrario, se obró en todo momento conforme a la lex artis, lo que rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio.

Finalmente, debe concluirse que, no se ha probado por la parte reclamante que la asistencia prestada fuera incorrecta o deficitaria, incumpliéndose así el deber de carga de la prueba que le corresponde al reclamante toda vez que, tal y como reiteradamente ha señalado el Consejo Consultivo de Canarias, 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, según 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. Por esta razón el reclamante debe especificar la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público, proponiendo prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. 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)».

Argumentos que se comparten y que determinan la imposibilidad de apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria. En efecto, pese a las manifestaciones efectuadas por los reclamantes -carentes de todo sustento probatorio en el que apoyarse- respecto a la causa del fallecimiento del paciente [según el parecer de aquéllos, la muerte del Sr. (...) se produce al no

haberse valorado previamente el riesgo de caídas del paciente y por falta de adopción de las medidas necesarias encaminadas a evitar el fatal desenlace que se produjo el día 27 de abril de 2020 -muerte del paciente tras sufrir una caída de la cama hospitalaria-], se constata en el expediente administrativo instruido no sólo la aplicación de los protocolos de valoración del riesgo de caídas del paciente [tal y como se acredita en los informes médicos, en la historia clínica y en las notas de enfermería: folios 84 a 91, 94, 113, 250, 271, 283 y 284 y demás concordantes], sino que, además, una vez valorado dicho riesgo, se implementaron las medidas oportunas que estaban indicadas en el caso concreto para evitar caídas del enfermo, sin que el resultado final producido [óbito de (...)] tenga relación alguna con la falta de valoración del riesgo y/o la adopción de medidas de seguridad. Por todo ello, cabe concluir que los servicios asistenciales actuaron en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que el fallecimiento del 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 sanitaria.

4. En conclusión, habida cuenta de que, por una parte, los reclamantes no han aportado medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueven [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC]; y de que, por otra parte, a tenor del contenido de los informes que obran en el expediente lejos está de poder inferirse en este caso que la asistencia sanitaria prestada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, es por lo que se entiende que no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Por todo lo expuesto, se considera que procede la siguiente:

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...) y (...), (...) y (...).