Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 17 de diciembre 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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 691/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por oficio de 31 de octubre de 2024 de la Sra. Consejera de Sanidad (con entrada en este Consejo Consultivo el día 5 de noviembre de 2024), es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 12 de abril de 2024 a instancias de (...), en nombre y representación de (...), por los presuntos daños ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

2. Se reclama una indemnización por importe de 198.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), 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 (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4.1. En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo en su Dictamen 504/2021, de 21 de octubre (con cita, entre otros, de los Dictámenes anteriores 449/2021, de 23 de septiembre y 66/2020, de 3 de marzo), reiterada en el más reciente de 16/2023, de 18 de enero:

««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"" (...) »».

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

Al tratarse de un daño moral en los sentimientos, se hace necesario poner un límite a la condición de legitimado. Es obligado establecer un orden de preferencia excluyente, siguiendo un orden lógico de afinidad con la fallecida, de forma que sean los más inmediatos los que, en su caso, reciban la indemnización con exclusión de los demás, primando de forma natural, a quienes hayan sufrido de forma más palmaria y directa. El Tribunal Supremo, en algunos casos se refiere a "parientes más allegados". Según la jurisprudencia, puede establecerse un orden de preferencia:

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

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

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

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

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

Además, la interesada actúa debidamente representada por letrado -(...)- (art. 5 LPACAP).

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la

Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el 12 de abril de 2024 respecto de un daño que, si bien se produjo el 10 de agosto de 2019, fue objeto de un procedimiento penal ante el Juzgado de Instrucción número Dos de Arrecife -Diligencias previas 2357/2019- que finalizó mediante Auto de Sobreseimiento Provisional de fecha 24 de abril de 2023, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

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

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

II

1. La reclamante promueve 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 su hijo (...).

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

«PRIMERO.- En fecha 10 de agosto de 2019 se interpone denuncia, ante el Juzgado de Instrucción Número 2 de Arrecife, por parte de (...), mayor de edad, con NIE (...), por unos hechos acaecidos entre las 3:00 y las 7:30 horas, del día 10 de agosto de 2019, en el Hospital Insular de Arrecife.

En concreto, los hechos objetos de denuncian versaron sobre el fallecimiento de su hijo, (...), mayor de edad, con NIE (...), en el Hospital Insular de Arrecife, quien presentaba síntomas de haber sido agredido y, desde la sospecha inicial, con una dosis superior a la normal en calmantes.

(...)

SEGUNDO.- Como consecuencia de la denuncia interpuesta, por parte del Juzgado de Instrucción Número 2 de Arrecife se procede a incoar las Diligencias previas 2357/2019 que,

tras numerosas pruebas practicadas, concluye con el Auto de fecha 24 de abril de 2023 por el que se acuerda el archivo de la causa.

(...)

TERCERO.- Entre las diligencias previas practicadas, relevantes resultan los informes médicos forenses aportados a la causa, donde determinan las causas del fallecimiento de (...) y la imputación de responsabilidad a la administración a la que ahora nos dirigimos, por no haberse aplicado la "lex artis". Como han sido varios los Informes Médicos Forenses aportados en el procedimiento, procedemos a exponer de manera detalla cada uno de ellos.

a.- Informe Preliminar de Autopsia de fecha 11 de agosto de 2019, emitido por el médico forense (...).

En las conclusiones médicos forenses, en una primera vista, se determinó que se trataba de una muerte indeterminada, siendo la causa fundamental del fallecimiento un hemotórax con fracturas costales y hemoperitoneo con fallo de centros vitales.

Además, en la autopsia preliminar se recogieron muestras biológicas para análisis: ejido encefálico, tejido de miocardio y líquidos corporales; sangre y humor vítreo, que fueron remitidos al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de la Laguna, Tenerife. En fecha 15 de octubre de 2019 se emite informe del Servicio de Química de la Delegación de La Laguna, y en fecha 17 de septiembre de 2022 Informe del Servicio de Histopatología de fecha 17 de septiembre de 2022.

(...)

b.- Informe Médico Forense de Autopsia judicial de fecha 22 de septiembre de 2020, emitido por el Médico Forense (...)

En el Informe se concluye que (...) falleció de MUERTE VIOLENTA de etilogía médico legal a determinar considerando la información aportada por la Policía Judicial y Científica. La causa fundamental de la muerte fue traumatismo toracoabdominal con hemotoras, fracturas costales y hemoperitoneo, siendo la causa inmediata del fallecimiento el fallo de los centros vitales.

(...)

c.- Informe Médico Forense sobre mala praxis médica de fecha 22 de septiembre de 2021 emitido por los médicos forenses (...) y (...)

Dicho informe, que consideramos bastante completo, se recoge que (...) ingresó el 17 de julio de 2019 en el Hospital Insular de Lanzarote con alteraciones de conducta y agresividad relacionadas con las secuelas de una encefalites vírica sufrida en el año 2016, donde permanece ingresado hasta que fallece. No queda acreditado que estuviera autorizada su deambulación por las dependencias del centro hospitalario donde se encontraba internado.

En el meritado informe se concluye que, ante el estado de alteración conductual con agresividad, el día del fallecimiento no se tomaron todas las medidas posibles, incluyendo la sujeción mecánica, para evitar la deambulación errática del interno y por consiguiente el riesgo de caída/precipitación.

A pesar de que el fallecido objetivaba múltiples lesiones por raspado el día de su fallecimiento, no se informó al médico de guardia para que procediera al pertinente examen clínico y valoración del estado del paciente.

Por último, se concluye que la causa fundamental del fallecimiento de (...) durante su ingreso hospitalario fue un traumatismo torácico- abdominal severo con lesiones corporales objetivadas que originaron una hemorragia interna con el consiguiente shock hemorrágico y su fallecimiento siendo su mecanismo lesivo compatible con una precipitación. Además, consta reflejado en los informes que el paciente padeció horas antes de fallecer signos clínicos propios de la evolución de un traumatismo con lesiones graves óseas y viscerales, que podían haberse constatado por el personal de asistencia de haber éste realizado el pertinente examen clínico e informado al facultativo de guardia para que actuara en consecuencia.

(...)

CUARTO.- De lo anteriormente expuesto consta que, como consecuencia de la inobservancia de la "lex artis" por parte de los profesionales sanitarios (las medidas posibles, incluyendo la sujeción mecánica, para evitar la deambulación errática del interno y por consiguiente el riesgo de caída/precipitación), (...) falleció a causa de un hemotórax con fracturas costales y hemoperitoneo con fallo de centros vitales, siendo su mecanismo de producción compatible con una precipitación. A su vez, dicha precipitación se pudo haber evitado si por parte del personal sanitario se hubieran efectuado las labores de vigilancia y de cuidado oportunas. Y aún para el caso anterior, de igual modo pudo haberse evitado el fallecimiento del Sr. (…) si en el momento en que atienden al mismo y ante los hematomas que presentaban, hubieren realizado el pertinente examen clínico e informado al facultativo de guardia a fin de que actuara en consecuencia.

De este modo, (…) sufrió un traumatismo toraco-abdominal que causó fracturas costales múltiples, rotura pleural parietal con hemorragia en cavidad pleural, rotura hepática y bazo con hemorragia en cavidad peritoneal que originó un estado de hipovolemia por pérdida de aproximadamente de un litro de sangre en la cavidad toraco-abdominal con el consiguiente shock hipovolémico y menoscabo del metabolismo tisular. Lo anterior se acentuó por el compromiso de la mecánica ventilatoria disminuyendo el intercambio gaseoso pulmonar y causando un déficit de sangre oxigenada disponible para la perfusión tisular del organismo y específicamente, del sistema nervioso. El efecto depresor de la deprivación de oxígeno sobre el sistema nervioso central se acentuó con las altas cifras de 7-aminoclonazepam encontradas

en la muestra de sangre y humor vitreo; por encima de la dosis terapéutica. Como consecuencia de ello, se afectó de forma irreversible los centros vitales situados en el Sistema Nervioso Central causando el exitus letalis de (...) (...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir el relato de los hechos y las conclusiones que obran:

2.1. En el Informe Médico Forense de Autopsia Judicial de 22 de septiembre de 2020, en el que se expone lo siguiente:

« (...) 4.2- Estamos ante el cadáver de un hombre de 52 años con antecedentes de haber padecido encefalitis vírica en el año 2016 y posterior deterioro cognitivo con alteraciones de la concentración y el lenguaje. Episodios de agitación y agresividad. Cuando fallece estaba ingresado en la Residencia para Discapacitados del Hospital Insular de Lanzarote.

4.3- En la necropsia del cadáver realizada en las Dependencias en Lanzarote del IML-LP lo más significativo objetivado en el examen externo fueron; excoriación en región escapular izquierda, excoriación equimótica en región lateral toraco-abdominal izquierda, y en miembro superior izquierdo a nivel de brazo, excoriación con lesión equimótica en codo y equimosis puntiforme en región palmar de la mano izquierda En el examen interno se objetivó; fractura en varias costillas de hemitórax izquierdo con perforación de la pleura parietal a nivel de foco de fracturas costales, hemotórax (sangre en cavidad torácica) de aproximadamente medio litro, rotura hepática y del bazo con hemiperitoneo (sangre en cavidad abdominal) de aproximadamente medio litro. Las lesiones antes descritas son compatibles con un traumatismo toraco-abdominal por precipitación con impacto sobre el lado corporal izquierdo.

4.4- Teniendo presente lo objetivado en el examen necrópsico del cadáver de (...) y el resultado de la pruebas realizadas a las muestras biológicas remitidas al INT y CF consideramos que el peritado sufrió un traumatismo toraco-abdominal que causó fracturas costales múltiples, rotura pleural parietal con hemorragia en cavidad pleural, rotura hepática y bazo con hemorragia en cavidad peritoneal que originó un estado de hipovolemia por pérdida aproximadamente de un litro de sangre en la cavidad toraco-abdominal con el consiguiente shock hipovolémico y menoscabo del metabolismo tisular. Lo antes expuesto se acentuó por el compromiso de la mecánica ventilatoria ante la presencia de sangre en la cavidad pleural que impidió la expansión pulmonar ventilatoria disminuyendo el intercambio gaseoso pulmonar y causando un déficit de sangre oxigenada disponible para la perfusión tisular del organismo y específicamente, del sistema nervioso. El efecto depresor de la deprivación de oxígeno sobre el sistema nervioso central se acentuó con las altas cifras de 7-aminoclonazepam encontradas en las muestras de sangre y humor vitreo; por encima de la dosis terapéutica. Como resultado de lo antes expuesto, se afectó de forma irreversible los centros vitales situados en el Sistema Nervioso Central causando el exitus letalis de (...).

El estudio histopatológico de corazón y encéfalo no se objetivó alteraciones de carácter agudo. (...) ».

2.2. En el Informe Médico Forense sobre Mala Praxis de fecha 22 de septiembre de 2021, en el que se establecen las siguientes conclusiones médico legales:

«Primero: (...) ingresó el 17 de julio de 2019 en el Hospital Insular de Lanzarote con alteraciones de conducta y agresividad relacionadas con las secuelas de una encefalitis vírica sufrida en el año 2016, donde permanece ingresado hasta que fallece el 10 de agosto de 2019.

Segundo: No queda acreditada que estuviera autorizada su deambulación por las dependencias del centro hospitalario donde se encontraba internado.

Tercero: Ante el estado de alteración conductual con agresividad, el día del fallecimiento (10/08/2019) no se tomaron todas las medidas posibles, incluyendo la sujeción mecánica, para evitar la deambulación errática del interno y por consiguiente el riesgo de caída/precipitación accidental.

Cuarto: Una vez objetivadas las múltiples lesiones por raspado que padecía en la madrugada del día de su fallecimiento no se informa al médico de guardia para que procediera al pertinente examen clínico y valoración del estado del paciente.

Quinto: Tenemos criterio científico para concluir que la causa fundamental del fallecimiento de (...) durante su ingreso hospitalario fue un traumatismo toraco-abdominal severo con lesiones corporales objetivadas que originaron una hemorragia interna con el consiguiente shock hemorrágico y su fallecimiento siendo su mecanismo lesivo compatible con una precipitación cuyas características antes expusimos.

Sexto: Por las lesiones objetivadas durante la autopsia judicial tenemos criterio científico para concluir que el paciente padeció horas antes de fallecer signos clínicos propios de la evolución de un traumatismo con lesiones graves óseas y viscerales, que podían haberse constatado por el personal de asistencia de haber éste realizado el pertinente examen clínico e informado al facultativo de guardia para que actuara en consecuencia».

2.3. En el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud de fecha 9 de agosto de 2024, en el que se expone lo siguiente:

«ANTECEDENTES:

(...)

2.- Según su historia clínica, el paciente presentaba antecedentes médicos de: hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso grado II e hiperplasia prostática benigna con retención urinaria aguda recurrente, lo que requirió una resección transuretral de la próstata en agosto de 2017.

3.- En 2016, en Venezuela, sufrió un traumatismo craneoencefálico tras una agresión, desarrollando posteriormente fiebre y sepsis, y fue diagnosticado de meningoencefalitis vírica, requiriendo un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. A partir de entonces, desarrolló un trastorno neurocognitivo mayor con afectación de la memoria, orientación temporo-espacial, alteraciones de la conducta y síntomas de frontalización (desinhibición, afectividad inapropiada, pobre control de las frustraciones y de los impulsos).

En la evaluación neuropsicológica realizada en abril de 2017, se describen "alteraciones cognitivas severas" para su edad, y el informe de alta del Servicio de Psiquiatría del 03/05/2017 indica que "los déficits (cognitivos) del paciente condicionan una pérdida de autonomía y explican las alteraciones de conducta en el entorno familiar".

Este caso ha estado en seguimiento por los servicios de neurología y psiquiatría.

Por neurología se han realizado varias pruebas diagnósticas: estudio analítico completo (incluyendo marcadores tumorales, autoinmunidad, serología y estudio del líquido cefalorraquídeo), un electroencefalograma en junio de 2019 (normal) y una resonancia magnética cerebral en junio de 2017 que mostró "lesiones microangiopáticas periventriculares" (daño en los pequeños vasos sanguíneos del cerebro cerca de los ventrículos cerebrales) y "signos de atrofia córtico-subcortical", sin evidencia de lesiones activas; anomalías que explican su deterioro cognitivo. Su último ingreso en el Servicio de Neurología fue del 20 al 24 de mayo de 2019 para el control sintomático de la alteración de la conducta.

En cuanto al seguimiento por psiquiatría, se registra que el paciente no tenía antecedentes psiquiátricos previos al accidente traumático de 2016. En 2017, requirió tres ingresos en la planta de agudos del Servicio de Psiquiatría (07/04/2017-03/05/2017, 28/06/2017-18/08/2017 y 27/09/2017-19/10/2017) por trastornos de conducta graves y claudicación familiar. Los diagnósticos al alta fueron "trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica y, en el tercer ingreso, "otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a lesión cerebral".

En su historia clínica se señala una sensibilidad a los efectos secundarios de los antipsicóticos y una intolerancia a la medicación neuroléptica clásica (haloperidol), presentando efectos secundarios extrapiramidales como rigidez, bradicinesia y disfagia, que, aunque empeoraban notablemente con los neurolépticos típicos, persistían, aún en menor grado, al retirarlos. Se probó tratamiento inyectable de larga duración con un antipsicótico de segunda generación (aripiprazol depot) con escasa respuesta y poco control de los trastornos de conducta.

También constan antecedentes de mala adherencia al tratamiento farmacológico.

Estuvo en seguimiento ambulatorio en la Unidad de Salud Mental (USM) en 2017 y retomó el seguimiento en 2019, recibiendo el alta de consultas de psiquiatría el 18/06/2019

al tratarse de un cuadro orgánico que no requería seguimiento por el servicio de salud mental. Además, dada la principal demanda de los familiares de ingresarlo en un centro residencial, se registró la no disponibilidad de un centro adecuado para el paciente dentro de la red de salud mental.

4.- Tanto el paciente como sus familiares han recibido apoyo de la Trabajadora Social (TS) del hospital, USM y Centro de Salud. En mayo de 2017, la TS de la USM señaló una situación económica precaria de la unidad de convivencia y orientó a la familia a acudir a los servicios sociales de base para ayudas de emergencia social. En 2017, la familia desestimó el ingreso en una residencia privada por el coste.

En mayo de 2019, la trabajadora social del Centro de Salud, tras consultar la gestión de plazas en centros residenciales del Cabildo de Lanzarote, informó a la familia que era indispensable tener tramitado el reconocimiento de la situación de dependencia, para lo cual es requisito disponer del permiso de residencia (que el paciente no tenía). Se informó a los familiares de los trámites a realizar.

5.- Constan múltiples asistencias entre 2017 y 2019 al Servicio de Urgencias (ver resumen en el informe de alta del Servicio de Geriatría del 11/08/2019), la mayoría (más de 15 asistencias) por alteraciones de la conducta, incluyendo agitación, negativa a la ingesta y heteroagresividad. En otras ocasiones, acudió por dificultad para orinar debido a retención aguda de orina (mayo de 2017), infección de orina, cuadro gripal y gastroenteritis. Además, constan ingresos por orden de la dirección médica en el Servicio de Medicina Interna (31/05-02/06/2017; 17/06/2017-21/06/2017) por su trastorno neurocognitivo mayor.

En varias asistencias al Servicio de Urgencias consta, entre los motivos de consulta, la claudicación familiar debida a sus alteraciones de la conducta.

Durante su asistencia al Servicio de Urgencias en junio de 2019 (10-12/06/2019), según el informe de alta, al desestimarse el ingreso en la planta de psiquiatría y neurología se contactó con un médico del hospital Insular, quien excluyó el ingreso en dicho hospital (geriátrico) al no cumplir criterios, al tratarse de un paciente no anciano, con una patología no aguda y considerando que se trataba de un "caso social". Según el neurólogo consultado durante dicha asistencia al Servicio de Urgencias, "el paciente se beneficiaría de ingreso en un centro residencial donde se puedan manejar de forma más adecuada que en su domicilio sus problemas neuropsicológicos. Ha sido valorado previamente por trabajo social pero no tiene derecho a acceso a dichos servicios".

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1. Ingreso del 14 al 17 de julio de 2019 en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote. El paciente llega en ambulancia por "agitación e intento de agresión a su madre". La exploración física general realizada el 14/07/2019 es

completamente anodina. Según el informe de alta por Exitus del Servicio de Geriatría del 11/08/2019, en urgencias se "descarta patología infecciosa aguda" (analítica general anodina).

- Evaluado por psiquiatría el 15/07/2019: El paciente está "tranquilo tras pauta de medicación, sin inquietud psicomotriz", "desorientado completamente en el tiempo", "no verbaliza productividad psicótica en este momento ni impresiona de alteraciones sensoperceptivas", "comportamiento desorganizado, apraxia, amnesia retrógrada y a corto plazo", "alteraciones de conducta con heteroagresividad sobre todo nocturnas, según la hija", "durante el día predomina el comportamiento desorganizado sin heteroagresividad". En la exploración psicopatológica no se aprecian datos sugestivos de un cuadro psicótico o una descompensación psiquiátrica, sino más bien síntomas que sugieren un cuadro neurológico (desorientación, pérdida de memoria, conducta desorganizada, déficit en la planificación y ejecución de movimientos).

Dado el diagnóstico del paciente (trastorno neurocognitivo mayor previo tras meningoencefalitis viral), se concluye que no cumple criterios para ser ingresado en la planta de psiquiatría. Se ajusta el tratamiento para control de las alteraciones conductuales, que consiste en:

Topiramato (antiepiléptico): 100 mg (1 comprimido desayuno, 1 comida, 1 noche).

Quetiapina (antipsicótico atípico, de segunda generación, comúnmente utilizado en psiquiatría y neurología para el control de la conducta): 300 mg liberación prolongada (1 comprimido desayuno, 1 comida, 1 noche).

Clotiapina (antipsicótico con indicación para el insomnio): 40 mg (1 comprimido antes de acostarse).

Biperideno (fármaco utilizado para contrarrestar los efectos secundarios de los antipsicóticos): 4 mg (1 comprimido en el desayuno y 1 en la cena).

Clonazepam (benzodiazepina, con función antiepiléptica y ansiolítica/sedante): 2 mg (1 comprimido por la mañana, 1 en la comida y 1 en la noche).

Risperidona (antipsicótico atípico de segunda generación, comúnmente utilizado en psiquiatría y neurología para el control de la conducta. Está indicada específicamente para el manejo de la agresividad en pacientes con demencia): 3 mg (1 comprimido en la cena).

En el informe de alta del Servicio de Urgencias del 17/07/2019 (13:47): Consta la claudicación de la familia para su cuidado en el domicilio. No se encuentran criterios de ingreso según Neurología y Psiquiatría, pero la "familia se niega a llevárselo a casa", necesitando consultar también con la trabajadora social y etiquetándolo como un "caso social". La trabajadora social realiza una entrevista familiar el 16/07/2019 con la hija y el padrastro, quienes manifiestan que "no pueden hacerse cargo del paciente en el domicilio debido a su comportamiento y agresividad y solicitan que sea ingresado". La trabajadora

social explica que al no cumplir los requisitos de residencia legal en España (mínimo cinco años, de los cuales dos deben ser inmediatamente anteriores a la solicitud), no puede acceder a la valoración de dependencia. Como se ha explicado anteriormente éste es un requisito necesario para beneficiarse de un ingreso en un centro residencial.

El 17/07/2019: Tras una sesión conjunta con Neurología, Psiquiatría y la Dirección del hospital, teniendo en cuenta que la familia no acepta llevarse al paciente a casa, se decide informar al juzgado de la situación del paciente e ingresarlo hasta que sea posible su traslado a una residencia o su vuelta al domicilio si mejora conductualmente. El neurólogo prescribe la retirada de forma paulatina del tratamiento empírico con corticoides, iniciado anteriormente en consultas de neurología, dado el "estadio avanzado de su demencia y el curso de su enfermedad, la ausencia de clínica o hallazgos en las pruebas complementarias que sugieran un proceso inflamatorio y dado que no ha aportado beneficio y puede alterar más su conducta".

2. Según consta en el informe del 30/09/2021, firmado por el Director Médico del Hospital Insular, el paciente ingresa en el Servicio de Geriatría (planta de agudos) del Hospital Insular, bajo propuesta del Servicio de Neurología y ordenado por la directora médica del Hospital Dr. José Molina Orosa. Se ubica casi todo el tiempo en la habitación 214-02, ocupándola él solo debido a los trastornos de conducta que no permitieron ingresar otro paciente en la cama contigua.

Según consta en el informe de alta del Servicio de Geriatría del 11/08/2019, se ingresa el 17/07/2019 con motivo de "trastornos de conducta y claudicación familiar" (es decir, alteración del soporte social primario).

Al ingresar, el paciente es valorado por el personal de enfermería y el médico.

Durante el ingreso se cumplimentan las siguientes evaluaciones:

Escala de Downton: Se realiza para valorar el riesgo de caídas, obteniendo una puntuación de 4, que indica un alto riesgo. Aunque no se registran antecedentes previos de caídas, se observa que el paciente está en tratamiento con sedantes, antidepresivos y diuréticos, además de presentar alteración del estado mental (confusión), factores que contribuyen al alto riesgo de caídas.

Índice de Barthel: Se registra una puntuación de 70/100.

- Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales: Se documenta incontinencia urinaria de tipo funcional, es decir que resulta de limitaciones en movilidad, cognición o accesibilidad, en lugar de problemas del sistema urinario. En este caso, la incontinencia se debe al trastorno neurocognitivo del paciente, que le impide planificar la micción en el momento y lugar adecuado, según el informe del 14/01/2022 del director médico del Hospital Insular.

A las 16:37 en las notas de enfermería se registra que al ingreso el paciente "porta un pañal".

- En la valoración médica al ingreso en Geriatría, según las notas clínicas, se documentan antecedentes de descanso nocturno deficiente, con vagabundeo y posible disfagia a sólidos.

La situación basal del paciente se evalúa utilizando la escala de Barthel, que muestra una puntuación de 70/100. Esta escala mide el nivel de independencia en las actividades diarias, y una puntuación de 70 indica una capacidad funcional moderadamente reducida, con necesidad de algún grado de asistencia o supervisión. Según las notas clínicas del geriatra, esta puntuación refleja que el paciente requiere ayuda para la alimentación, presenta incontinencia urinaria, es independiente para el uso del WC y para las transferencias, deambula sin ayudas técnicas y puede subir escalones.

(...)

En la exploración física general al ingreso en planta, no se observan signos sugestivos de patología aguda. Se anota que el paciente es consciente, aunque desorientado en tiempo, persona y espacio, con el lenguaje conservado. Se observa respuesta lenta (bradipsiquia) y el paciente obedece órdenes sencillas. El balance muscular (fuerza muscular) se evalúa como 5/5, es decir conservado.

En el informe de alta del 11/08 se documentan los siguientes signos en la exploración inicial: enlentecimiento psicomotor (bradipsiquia y bradicinesia marcada), rigidez, marcha lenta, inestable y a pasos cortos: signos neurológicos coherentes con un cuadro de parkinsonismo.

4.- Al ingreso, el 17/07/2019, la hija del paciente firma el consentimiento informado para el uso de sujeciones. En el documento se explica qué es una sujeción mecánica y se aclara que se aplicará durante el tiempo preciso que requiera el proceso de enfermedad del paciente.

5.- Al momento del ingreso, el paciente llega acompañado por sus familiares. Durante la tarde del 17/07/2019, los familiares solicitan contención física debido a que el paciente se muestra agresivo con ellos. A las 20:50 del 17/07/2019, se anota que se solicita a la familia proporcionar acompañamiento la mayor parte del tiempo, al ser posible.

En el informe de alta del 11/08/2019, se detalla que al ingreso se explicó a los familiares el "riesgo y beneficio del uso de la contención física y farmacológica, dada la importante polifarmacia ya presente para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos".

En las notas clínicas del 21/07/2019 se registra que el paciente está "impregnado de medicación" (es decir, los efectos secundarios son evidentes) y "aun así inquieto", "pero se reconduce con su familia". Según la nota clínica del 31/07/2019, se describe que el paciente está "más tranquilo cuando está acompañado solo por la hija".

6.- De hecho, para favorecer el manejo no farmacológico de los síntomas conductuales, a partir del 23/07/2019, el paciente y sus familiares participan en entrevistas con la psicóloga del centro. Además, el paciente asiste a sesiones de fisioterapia para la rehabilitación de la marcha y a terapia ocupacional para lograr independencia en la vestición y el uso del baño. En el informe de alta se menciona que el paciente ha mostrado una "buena respuesta" a estas intervenciones. Aunque se intentó realizar una valoración por logopedia, el paciente no colaboró.

7.- Durante el ingreso el paciente suele estar acompañado por sus familiares durante el día. No consta asistencia continua nocturna por parte de ellos, a pesar de que se había recomendado, siempre que fuera posible, que los familiares lo acompañaran la mayor parte del tiempo.

8.- En el informe de alta del 11/08/2019 se indica que durante el ingreso el paciente ha mostrado labilidad emocional, manifestando repetidamente el deseo de regresar a su domicilio. Se llegó a considerar la posibilidad de un alta domiciliaria, pero la familia manifestó su imposibilidad para cuidarlo.

9.- Durante su ingreso, el paciente ha requerido administración de tratamiento de rescate farmacológico en las siguientes fechas:

- 17/07 a las 20:30: Se administra media ampolla de midazolam debido a agresividad e impresión de desorientación.

18/07 (mañana): Se administra media ampolla de midazolam por agitación, con efectividad registrada.

18/07 (tarde): Se administra otra media ampolla de midazolam debido a agitación, agresividad e intento de fuga (al intentar bajar las escaleras), a pesar de estar acompañado por familiares.

19/07 a las 11:00: Se administra media ampolla de midazolam por agitación, a pesar de la presencia de familiares, con efectividad registrada.

20/07 a las 11:15: Se administra quetiapina por vía oral debido a agitación, con efectividad.

21/07 (mañana): Se administra quetiapina por agitación y porque "está dando voces" con efectividad.

Noche del 21 al 22/07: Se administran varias dosis de midazolam y risperidona oral, por trastornos de la conducta e inquietud (no para de ducharse), sin respuesta, intenta saltar las barandillas de la cama, por lo cual se sienta en sillón geriátrico con sujeción mecánica.

Noche del 25 al 26/07: Se administra media ampolla de midazolam repetida por ansiedad y porque "está dando voces", efectivo.

Noche del 28 al 29/07: Se administra media ampolla de midazolam repetida por vagabundeo, insomnio y negativa a volver a su habitación.

Noche del 31/07 al 01/08: Se requiere administración de varios tratamientos de rescate (midazolam subcutáneo de 15 mg, trazodona y quetiapina) para agitación.

Noche del 01 al 02/08: El paciente presenta vagabundeo hacia las escaleras de la planta, requiere ser reconducido por todo el personal y recibir varios rescates farmacológicos (haloperidol, midazolam, diazepam y quetiapina), se sienta en un sillón geriátrico con sujeción pélvica. El paciente muestra agresividad física y verbal, expresando su deseo de irse, por lo que se retiran objetos cerca de él por riesgo de agresiones al personal, reflejando en la historia clínica que el paciente "no es adecuado para ser manejado en una planta de agudos de geriatría ante la falta de personal y falta de espacio en las habitaciones (múltiples objetos disponibles para producirse daño tanto a él como al personal)".

10.- El paciente ha requerido sujeción mecánica en momentos puntuales: en la tarde del 17/07 (a petición de los familiares), la mañana del 18/07, la madrugada del 22/07, la noche entre el 1 y el 2 de agosto, y la mañana del 2 de agosto. La sujeción se ha utilizado para manejar alteraciones conductuales, como agresividad física, agitación e inquietud, que no se han podido controlar con otras medidas, como la reconducción del paciente a su habitación, medicación farmacológica de rescate o intervención de los familiares, y cuando, además, dichas alteraciones han puesto en riesgo la integridad de otros (familiares o personal) o la suya propia, como al intentar ducharse repetidamente durante la noche o al mostrarse reacio a permanecer en su habitación e intentar fugarse. El 22/07 a las 6:30 de la mañana "se retira él solo la sujeción".

11.- A partir del 03/08, no se registran más incidencias conductuales que requieran contención física (mecánica) o farmacológica.

El 05/08/2019 se observa en las notas clínicas del médico que el paciente ha estado "sin alteraciones de la conducta durante el fin de semana", tras la suspensión del tratamiento con corticoides el 02/08/2019.

El 06/08 se reporta "buen descanso" a pesar de la reducción del neuroléptico (o antipsicótico) nocturno (disminución de risperidona de 3 mg a 2 mg).

El 07/08 se documenta "buen descanso nocturno, no ha precisado rescates", con "ánimo bajo, labilidad emocional", se disminuye dosis de clotiapina nocturna, manteniendo rescates de trazodona en caso de insomnio.

El 08/08 a las 10:36, el médico anota que el paciente está "tranquilo, sin necesidad de rescates" y "sin incidencias durante la noche tras la reducción de clotiapina".

El 09/08/2019 a las 09:15, el facultativo señala "sin incidencias" y "labilidad emocional importante", con sialorrea. Se suspende la clotiapina (se había empezado en los días

anteriores pauta descendiente) y se aumenta el antidepresivo trazodona, con la intención de valorar si se inicia un nuevo antidepresivo (AD) según la evolución clínica.

Dada la ausencia de alteraciones conductuales en los últimos días del ingreso, el descanso nocturno conservado y la impregnación del tratamiento neuroléptico (con efectos secundarios como sialorrea, enlentecimiento del habla y los movimientos, rigidez generalizada, y marcha inestable y a pasos cortos), se decide reducir paulatinamente el tratamiento antipsicótico. Se retira una dosis baja de clotiapina (40 mg), un fármaco de la categoría de antipsicóticos típicos (clásicos), que, según los antecedentes del paciente, no toleraba bien esta categoría de medicamentos. Además, se disminuye la risperidona de 3 mg a 2 mg, manteniéndose sin cambios el tratamiento con quetiapina y clonazepam. Debido a la labilidad emocional, o sea la alteración afectiva que presenta el paciente, se incrementa la dosis de trazodona, un antidepresivo con propiedades hipnóticas.

12.- En resumen, a pesar de los episodios durante la primera parte del ingreso que requirieron contención farmacológica o mecánica, el paciente ha mostrado una evolución favorable en términos conductuales.

De hecho, el 09/08/2019 a las 09:15, se reporta que los familiares están "organizando los cuidados en casa", es decir, se están preparando para el regreso al domicilio, dada la mejoría conductual y la ausencia de alternativas (imposibilidad de acceder a recursos residenciales).

13.- Durante su estancia, el descanso nocturno ha sido la mayor parte del tiempo bueno. De las 25 noches que el paciente pasó en el hospital, durmió toda la noche en 16 ocasiones. En 3 noches, permaneció despierto durante la primera parte de la noche y descansó el resto.

Además, el paciente se mostró generalmente tranquilo, deambulando habitualmente por la planta, observándose una tendencia al vagabundeo que ocasionalmente ha requerido reconducción. Cuando el vagabundeo se asoció a episodios de conducta alterada (agitación, agresividad, negativa a permanecer ingresado), se aplicó tratamiento de rescate y, en ocasiones, contención mecánica. Sin embargo, en varias ocasiones en las que el paciente solo estaba desorientado, se le recondujo a su habitación sin necesidad de intervención adicional.

Algunos ejemplos son: el 18/07/2019 a las 6:30, "se levanta, llega al pasillo, lo llevamos a la habitación, reconducible"; el 18/07/2019 a las 21:00, "se baja de la cama y empieza a andar solo por el pasillo, se lo lleva a su habitación, desorientado"; y el 29/07/2019, "sale en dos ocasiones de la habitación, pero se reconduce fácilmente, el resto de la noche descansa".

14.- En cuanto a la evolución clínica, durante la estancia se ha mantenido estable hemodinámicamente. Presenta un pico febril el 3/08/2019, informándose a los familiares. La exploración física general es anodina y el episodio se autolimita, con estudios analíticos y radiológicos (radiografía de tórax) normales. En esa ocasión, el paciente refiere al

facultativo molestias en la garganta, sin otros síntomas. El 5/08, cuando el paciente colabora, se observa una faringe enrojecida (úvula hiperémica). En los días siguientes, presenta ocasionalmente febrícula (5/08: 37,5°C; 6/08: 37,3°C) que puede explicarse por el cuadro de inflamación de la garganta.

15.- En la hoja farmacológica activa impresa el 10/08/2019 consta el siguiente tratamiento psicofarmacológico:

Trazodona 100 mg en la cena (+ 50 mg si insomnio).

Risperidona 2 mg en la cena.

Quetiapina 100 mg en desayuno, comida y cena, y 200 mg en desayuno, comida y cena (en total, 900 mg/día) + 100 mg en caso de agitación.

Midazolam subcutáneo (media ampolla, o sea 7,5 mg) en caso de agitación y si no es posible la vía oral.

Topiramato 100 mg en desayuno, comida y cena (en total, 300 mg/día).

Biperideno 4 mg en desayuno y cena.

Clonazepam 2 mg en desayuno, comida y cena (en total 6 mg/día).

16.- En la hoja activa de las prescripciones consta, entre otras indicaciones:

Sujeción si precisa (prescripción del 17/07/2019). No consta ninguna restricción a la deambulación.

17.- Según el registro de enfermería por turno relativo a la noche en que el paciente fallece, a las 00:59 del 10/08/2019 se anota que a las 22:00 (del día anterior) se recibió la notificación de que el paciente estaba en la zona de los velatorios y se había caído (caída no presenciada). Se observa que presenta "erosiones en espalda, mano y brazo". No se registran complicaciones adicionales, ni que el paciente refiera dolor, ni limitación en su movilidad a causa de la caída.

El paciente verbaliza a la enfermera que "quiere ir a casa". Se le acomoda en la cama y se administra media ampolla de midazolam subcutáneo, según la pauta prescrita por el médico en caso de agitación. Además, se le administra paracetamol 500 mg debido a una temperatura de 37,5 °C. A las 2 horas, el paciente intenta salir de la habitación, por lo que se administra otra media ampolla de midazolam (es decir que la caída no le impidió levantarse y caminar aproximadamente 4 horas después de aquella). Se registra exitus a las 7:30.

No consta la presencia de los familiares en el momento del turno de noche, o sea en el momento de la caída, aunque se había documentado que estaban presentes durante el día anterior (según nota de enfermería del 09/08 a las 13:29).

18.- En la nota clínica del médico de guardia del 10/08/2019 registrada a las 7:51, se indica que el médico fue alertado por el fallecimiento del paciente. Se registra que no se habían reportado incidencias por parte de enfermería durante el turno de guardia. A la llegada del médico, el paciente muestra signos de parada cardiorrespiratoria y muerte evidente (ausencia de pulso carotídeo, no expansión torácica, ausencia de ruidos cardíacos, palidez, pupilas midriáticas no reactivas). Se realiza un ECG a las 7:30, que muestra actividad eléctrica plana. Se intenta contactar telefónicamente a los familiares sin éxito. A las 8:00, acude la madre del paciente y se le informa del fallecimiento. Se le comunica que la causa de la defunción aún es desconocida y se informa al jefe de guardia en caso de que la familia solicite una autopsia. La familia solicita una autopsia judicial para conocer la causa de la defunción, por lo que se avisa al juez de guardia.

19.- A completar la información que consta en historia clínica, según el acta de declaración ante la Policía, la enfermera que atendió al paciente durante su turno de noche manifiesta lo siguiente:

A las 22:00 horas del viernes 9/10/2019 "se levantó de su cama y comenzó a deambular por el hospital, y en la zona de velatorios sufrió una caída que le provocó erosiones tipo raspado en su mano izquierda, espalda y en uno de sus codos".

La enfermera "procedió a curar al paciente, el cual no presentaba ninguna complicación más que los pequeños raspados que sufrió en la caída".

Una vez curado se le cambió de ropa dado que presentaba manchas de sangre y se le acostó en la cama de su habitación.

"Con el fin de tranquilizarlo" se le administró media ampolla de midazolam, "el cual estaba debidamente pautado por el médico responsable".

Sobre las 1:00 del día 10 de agosto el paciente se quejó de que tenía fiebre, se comprobó que tenía una temperatura corporal de 37,5°C y se le administró una pastilla de paracetamol, prescrito por su médico.

A las 2:30 el paciente se "volvió a levantar y comenzó a gritar que se quería marchar a su domicilio", "dejando pequeños rastros de sangre por la habitación, debido que comenzó a tocar paredes, (…) y objetos con su mano izquierda". Le administró otra media ampolla de midazolam.

A las 4:30 se levantó muy nervioso, hiperventilando, se le propuso yogur que comió, se comprobaron las constantes vitales (saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca) encontrándose dentro de la normalidad.

A las 6:10 horas del 10/08 se levantó nuevamente y se cayó dentro de su habitación, acostado nuevamente.

Sobre las 7:15 al medir la temperatura corporal, se detecta que está frio y que no tiene pulso, se alerta el médico de guardia que realiza electrocardiograma que no muestra signos vitales.

20.- En las declaraciones juradas de los auxiliares de enfermería que estaban de turno durante esa noche, consta que era un paciente "con movilidad suficiente para ir al baño y deambular", que no habían presenciado caídas ni esa noche ni previas, que durante el turno se habían realizado varias rondas, encontrando al paciente en el pasillo, en el marco de la puerta y de madrugada en el asiento de la ducha, y en esas ocasiones se había reconducido a la cama. Que el paciente no se había quejado de algún dolor, que no hablaba pero gesticulaba a las preguntas sobre cómo se encontraba y si necesitaba algo, y que las únicas lesiones que se observaron fueron erosiones leves.

21.- En la declaración jurada de la celadora consta que sobre las 22:00 le avisaron por teléfono que había un señor en el patio, a unos 50 metros de su habitación, que acudió con su compañero y "lo encontraron en el suelo, no decía nada, lo levantaron y lo llevaron a la habitación", al traslado, en una silla, contribuyeron la enfermera y la auxiliar. Que la enfermera lo "examinó porque tenía magulladuras en una mano y en un costado".

Después de que el paciente se cayera en la habitación no observó más lesiones de las que le había visto cuando se había caído en el patio, el paciente no se quejaba de dolor, solo verbalizaba que querría irse a casa y estaba "ansioso". La celadora explica la organización de la planta: la planta de agudos está en la primera planta; para ir al patio el paciente había pasado el pasillo, bajado las escaleras, y atravesado otro pasillo que llega al patio. La superficie del patio era rugosa, el patio no tenía altura a la que podría haberse subido el paciente y desde allí caer.

22.- La declaración jurada del médico de guardia, médico especialista en geriatría, aporta que durante su turno de guardia el médico de guardia puede encontrarse en las distintas áreas de hospitalización: planta de agudos, área de media y larga estancia, unidad de psicogeriatría (o Cantou) o en la Residencia anexa al hospital Insular. Durante su turno de guardia el médico no había recibido notificaciones acerca del paciente.

Aclara que "los medios de sujeción se usan cuando la vida del paciente corre peligro o hay riesgo de agresión, que en última instancia quien decide esta medida es el médico, siempre con consentimiento familiar, tras explicar los pros y los contras de la aplicación de la medida."

Cuando acudió para constatar el fallecimiento, solo observó "laceraciones que podrían ser de arañazos o de raspaduras contra alguna superficie en los antebrazos izquierdo y derecho, más en el primero, que no había signos de hematomas o contusiones, en el decúbito supino en el que encontró al paciente". Le había desnudado para dejar visible tórax y abdomen. Las fracturas costales descritas en el informe forense eran posteriores, por lo

cual, estando el paciente supino, el médico no había accedido a esa zona, pues se limitó a la zona que podía ver del paciente.

Comenta que durante su guardia, basándose en la historia clínica, no constan datos relevantes que obligasen al personal de enfermería a avisar al médico de guardia.

23.- En la inspección ocular realizada por la médico forense y el agente de policía científica, el cuerpo del paciente se encuentra en decúbito supino en la cama. A la inspección del cadáver se observan "pequeñas erosiones en su mano izquierda, espalda y codo, coincidiendo con lo reflejado en el registro de enfermería". No se aprecian signos que supongan que hubo enfrentamiento o lucha, así como tampoco presenta lesiones de defensa; "observándose únicamente erosiones que pudieran ser propias de la caída que describe el personal sanitario".

En la inspección realizada por la médico forense, no se identifican hematomas ni otras lesiones visibles, salvo las erosiones ya registradas por el personal de enfermería.

24.- En el informe médico forense de autopsia judicial se concluye que la causa fundamental de la muerte fue un traumatismo toraco-abdominal por precipitación con hemotórax, fracturas costales y hemoperitoneo con fallo de los centros vitales. Se describe que la hemorragia (o sea la pérdida de sangre) originó un "estado de hipovolemia con el consiguiente shock hipovolémico y menoscabo del metabolismo tisular" (...) (que) "se acentuó por el compromiso de la mecánica ventilatoria ante la presencia de sangre en la cavidad pleural que impidió la expansión pulmonar ventilatoria disminuyendo el intercambio gaseoso y causando un déficit de sangre oxigenada disponible para la perfusión tisular del organismo y específicamente del sistema nervioso. El efecto depresor de la deprivación de oxígeno sobre el sistema nervioso central se acentuó con las altas cifras de 7-aminoclonazepam encontradas en las muestras de sangre y humor vítreo; por encima de la dosis terapéutica."

Entre las pruebas complementarias realizadas consta el estudio de las muestras biológicas (sangre y humor vítreo) tomadas en la necropsia del 11/08/2020, detectándose:

Posteriormente se llevaron a cabo sistemáticas toxicológicas generales encaminadas a la determinación de compuestos tóxicos orgánicos detectándose

Sustancia	*Sangre (mg/L)*	*Humor Vitreo*
Quetiapinaa	*0.47*	*0.10*
Norquetiapina	*0.14*	*0.07*
Midazolam	*0.05*	*N.D.*
7-aminoclonazepam	*0.99*	*0.15*

CONCLUSIONES:

1.- En primer lugar, destacar que el paciente ingresó en el Hospital Insular, hospital geriátrico, como "ingreso social" condicionado por la Dirección Médica del hospital Doctor José Orosa hacia el Hospital Insular. No reunía las características para estar en el Hospital Insular (no era un paciente geriátrico, tenía 52 años y no presentaba un cuadro clínico agudo), y el ingreso fue motivado por la claudicación del entorno familiar, que no quería llevarse al paciente al domicilio, y por alteraciones de la conducta, al no existir alternativas residenciales (no podía acceder a las plazas en centros residenciales por no cumplir los requisitos de residencia y no podía acceder por vía privada al no tener los familiares disponibilidad económica). Por lo cual, entra como "caso social", reflejándose en las notas clínicas del facultativo (1/08/2019 nota de las 23:27) la no idoneidad de dicho centro, entre ellas la falta de personal y la no idoneidad de las habitaciones. Se trataba de un hospital con "instalaciones abiertas", con "escaleras", según informe preceptivo de la directora médica del Hospital Insular ((...)), registrado el 24/05/2024.

A los familiares, dadas las frecuentes manifestaciones del paciente de querer marcharse y los cambios emocionales y afectivos observados, se les planteó durante la estancia la posibilidad de que regresara al domicilio. Sin embargo, ellos indicaron que no podían atenderlo.

A pesar de las limitaciones documentadas y las propuestas de alta al domicilio, el paciente permaneció ingresado. Durante su estancia, recibió los cuidados médicos, de enfermería y asistenciales necesarios. Además, se ofreció apoyo psicológico tanto al paciente como a sus familiares, y se le derivó a rehabilitación y terapia ocupacional con el objetivo de mejorar su autonomía personal.

2.- A los familiares se les había solicitado que acompañaran al paciente la mayor parte del tiempo al ser posible. De acuerdo con la guía de funcionamiento de la planta, se aplicaba un régimen flexible para las visitas, permitiendo que los pacientes estuvieran acompañados las 24 horas del día, previa comunicación a la supervisora y salvo durante el tiempo necesario en la mañana para cuidados, fisioterapia o terapia ocupacional.

No consta que los familiares estuvieran habitualmente presentes durante las noches; solían visitarlo durante el día. De hecho, en la noche entre el 9 y el 10 de agosto, no se registra que el paciente estuviera acompañado por los familiares, aunque sí consta acompañamiento durante la tarde del 9 y la llegada de la madre a las 8 de la mañana del día siguiente.

Es relevante señalar que, en ocasiones, incluso cuando los familiares estaban presentes y se esperaba que ejercieran vigilancia, el paciente logró salir de la habitación y bajar la escalera. Lo que va en la línea que ni el control directo del paciente evitaba que realizara sus desplazamientos.

3.- Como se detalla en el informe del Director Médico del Hospital Insular del 30 de septiembre de 2021, entre el 18 de julio y el 10 de agosto de 2019, la planta donde estaba ingresado el paciente, albergó una media de 20 pacientes diarios. De acuerdo con la guía de funcionamiento de la planta, en cada turno nocturno debían estar presentes 2 enfermeros (uno por cada pasillo), 1 celador compartido con otras unidades y 2 auxiliares de enfermería.

La falta de personal, tal como manifestó el médico de guardia en los días previos a los acontecimientos, junto con la organización de los turnos, indica que no era posible mantener una vigilancia continua sobre cada paciente. No obstante, siguiendo las buenas prácticas hospitalarias, esa noche se realizaron varias rondas nocturnas para monitorizar la situación y se respondieron a las incidencias que surgieron.

Además, la función del personal sanitario no se puede limitar a la vigilancia; en realidad, no consta que la "vigilancia" constante del paciente sea una tarea específica asignada al personal sanitario. Durante su turno, los profesionales sanitarios debían atender incidencias clínicas y desempeñar tareas relacionadas con el cuidado integral del paciente. Dado que los demás pacientes eran geriátricos y, probablemente parcial o totalmente dependientes en sus tareas diarias, se infiere que la carga de trabajo del personal podía ser considerable.

4.- Se había explicado a los familiares, al solicitar contención farmacológica, que el paciente ya estaba impregnado de tratamientos psicofarmacológicos, es decir tenía efectos secundarios objetivables debido a los antipsicóticos, entre ellos marcha inestable.

Por esta razón, se les recomendó consultar con la psicóloga del centro para aprender estrategias alternativas para el manejo de las alteraciones de conducta, con el objetivo de reducir el uso de tratamientos de rescate.

Las medidas conductuales han demostrado ser generalmente más efectivas en el manejo de alteraciones de conducta, especialmente en pacientes neurológicos, debido a que estos pacientes presentan una respuesta reducida a los tratamientos farmacológicos y una mayor sensibilidad a sus efectos secundarios, como era el caso del paciente.

Además, se inició la retirada gradual del tratamiento psicofarmacológico, ya que, en los últimos días del ingreso, la evolución de su conducta fue favorable (no requirió tratamiento farmacológico de rescate ni contención física, lo que llevó a los familiares a organizar su regreso al domicilio).

En coherencia con el cuadro clínico y los efectos secundarios derivados de los antipsicóticos, se realizó una mínima escalada farmacológica, reduciendo la risperidona de 3 mg a 2 mg y retirando gradualmente la clotiapina de 40 mg, sin que estos cambios afectaran su cuadro clínico y manteniéndose pautas farmacológicas de rescate en caso de insomnio

Así, el tratamiento psicofarmacológico se simplificó, reduciendo la carga farmacológica de manera compatible con su estado neuropsicológico.

En resumen, se implementaron todas las estrategias para disminuir la carga farmacológica, un factor de riesgo conocido para eventuales caídas, sin perjuicio de mantener el control farmacológico y de contención física adaptados a las condiciones del paciente.

5.- En relación con la deambulación, es importante destacar que en la planta es habitual que los pacientes se muevan libremente, respetando su dignidad y libertad individual. En general, la limitación de la deambulación solo se considera en casos donde el paciente presenta alteraciones de conducta, afectación de la marcha, o un riesgo comprobado para sí mismo o para los demás.

(…) solía moverse por la planta sin que existiera una contraindicación o indicación médica que limitara sus movimientos, dentro de los limitas marcados por las normas de funcionamiento interno para una convivencia adecuada.

En varias ocasiones, (…) mostró vagabundeo y desorientación, situaciones que solo requirieron la simple reconducción a su habitación sin necesidad de medidas adicionales. Cuando era necesario, en situaciones donde el paciente mostraba alteraciones de conducta, como agitación, agresividad o intentos de fuga, se aplicaban de manera escalonada las estrategias necesarias para manejar esos episodios: se intentaba la reconducción verbal y física (llevándolo a su habitación), se administraba tratamiento farmacológico y, como última medida, se recurría a la sujeción mecánica.

Es importante recordar que la sujeción mecánica implica una privación de la libertad personal y debe utilizarse únicamente cuando otras estrategias (como la reconducción verbal, intervenciones psicológicas y contención farmacológica) hayan fallado. La aplicación de la sujeción debe ser evaluada de manera individualizada y puntual, respetando la autonomía del paciente y evitando su uso continuo debido a los riesgos asociados, como trombosis venosas por inmovilidad. La contención física conlleva varios riesgos, incluyendo lesiones graves durante el intento de liberación, contracturas, dificultades para realizar actividades diarias y un impacto psicológico negativo, ya que puede ser vivida como una situación traumática. Además, la sujeción mecánica no siempre previene las caídas, ya que no garantiza la inmovilización completa del paciente, como lo demuestra el hecho de que el paciente se retiró la contención física en una ocasión.

Se añade que desde los días previos al fallecimiento el comportamiento del paciente no hizo preciso emplear medidas de contención física.

6.- En la noche de los acontecimientos, el paciente sufrió una caída que no fue presenciada. El contexto en el que ocurrió la caída era de vagabundeo. En las notas clínicas no se registraron signos de agitación, riesgo de agresiones o peligro para su propia integridad

física; únicamente se mencionó en las declaraciones de los investigados que el paciente estaba "ansioso" y verbalizaba el deseo de irse a casa.

7.- Tras la caída, la enfermera examinó al paciente, quien presentaba únicamente lesiones superficiales (erosiones). La médico forense que realizó la primera inspección confirmó la presencia de las mismas lesiones ("pequeñas erosiones") observadas por la enfermera, y no objetivó hematomas ni contusiones. Estas lesiones no requirieron al consulta con el médico.

La información clínica sugiere que el paciente estuvo consciente, ya que deambulaba y se expresaba, verbalizando su deseo de marcharse y mencionando a la enfermera que notaba fiebre, circunstancia que ocurre aproximadamente 3 horas después de la caída. Sin embargo, no manifestó dolor ni ninguna otra sintomatología relacionada con las lesiones que posteriormente se objetivaron en el estudio de necropsia En todo momento el paciente NO manifestó dolor. Deambulaba con normalidad, lo que indica que las lesiones no manifestaron nivel de gravedad que limitara su movilidad.

La enfermera tomó las constantes vitales, que, según su declaración a la policía, estaban dentro de los rangos normales. Además, en relación con la febrícula, el paciente ya la había presentado en días anteriores.

En el contexto de un traumatismo severo con fracturas costales y hemoperitoneo, como se describe en la autopsia, es esperable que el paciente experimente un dolor extremadamente intenso. El dolor de las fracturas costales suele ser muy agudo, especialmente con el movimiento, la respiración profunda y la tos. Además, el hemoperitoneo, que es la presencia de sangre en la cavidad peritoneal, generalmente se acompaña de un dolor abdominal significativo debido a la irritación del peritoneo.

La gravedad de las lesiones descritas en la autopsia, implicaría, a parte del dolor intenso, una incapacidad para llevar a cabo actividades diarias normales, como comer o moverse sin asistencia. Es altamente improbable que el paciente pudiera deambular con facilidad y sin mostrar signos de sufrimiento. Al igual que el paciente supo referir a la enfermera que se notaba con fiebre, es de esperar que habría manifestado el dolor, una sensación tan primordial y básica, sobre todo un dolor tan intenso, o como mínimo habría mostrado signos de sufrimiento y alteración de las constantes vitales. Con un dolor tan intenso, no habría deambulado ni comido el yogur, dado el probable dolor abdominal asociado al hemoperitoneo.

8.- En el desempeño de sus tareas, los enfermeros tienen cierta autonomía; aparte de atender las incidencias, pueden administrar tratamientos farmacológicos de rescate si están pautados por el médico, quien indicará la dosis y las condiciones para su administración. El médico de guardia, como único responsable de todas las unidades del hospital durante su turno, debía ser notificado por la enfermera en caso de incidencias relevantes.

Como se refleja en la declaración judicial del médico, no había elementos que indicaran la necesidad de una valoración médica inmediata. Las lesiones encontradas eran leves y superficiales (erosiones), típicamente causadas por arañazos o raspaduras, y no había signos clínicos que alertaran sobre la presencia de lesiones internas graves que se encontraron posteriormente en la autopsia.

En cualquier caso, aunque se hubiese avisado al Médico, era preciso su desplazamiento, la exploración, la indicación de pruebas complementarias según los resultados de la exploración y, y de objetivarse, en su caso, rotura visceral la preparación e indicación de intervención quirúrgica lo que conlleva a la probabilidad del resultado.

9.- Durante la noche del 9 al 10 de agosto, la enfermera administró únicamente midazolam (sedante) subcutáneo en dos ocasiones (media ampolla cada vez), además del tratamiento fijo. Este medicamento estaba correctamente pautado y había sido administrado en otras ocasiones, incluso de forma reiterada durante el mismo turno, con eficacia previamente documentada.

El tratamiento de rescate con midazolam tenía como objetivo calmar la ansiedad del paciente, facilitar el sueño y evitar el vagabundeo.

Entre los medicamentos activos en la pauta fija se encontraba clonazepam a 2 mg, administrado en una dosis de 3 comprimidos diarios. El clonazepam es una benzodiazepina de larga vida media, utilizada como sedante ansiolítico y con acción antiepiléptica. Actúa sobre el neurotransmisor GABA y es ampliamente empleado en psiquiatría como tranquilizante. Según la ficha técnica del medicamento, la dosis debe ajustarse individualmente según la respuesta clínica y la tolerancia del paciente. La dosis de mantenimiento suele oscilar entre 3 y 6 mg diarios, mientras que la dosis terapéutica máxima recomendada para adultos es de 20 mg diarios. El paciente estaba tomando 6 mg diarios, lo cual está por debajo de la dosis terapéutica máxima recomendada.

El clonazepam es metabolizado en el hígado a 7-aminoclonazepam y no requiere monitorización plasmática rutinaria, es decir, no se realizan analíticas para medir la concentración del fármaco en sangre en la práctica clínica. La dosis se ajusta en base a la tolerancia del paciente y la respuesta clínica observada. La ficha técnica también menciona que el metabolismo del fármaco podría alterarse en caso de insuficiencia hepática o renal, o en pacientes de edad avanzada, situaciones que el paciente no presentaba. Tampoco se conocían trastornos respiratorios en el paciente que contraindicarían su uso.

Por lo tanto, se concluye que el tratamiento con clonazepam estaba correctamente prescrito y administrado en dosis terapéuticas adecuadas. Este tratamiento no se había ajustado durante el ingreso y no era el mismo medicamento administrado como rescate la noche del 9 al 10 de agosto, que fue midazolam.

10.- En el ámbito hospitalario, las caídas son eventos adversos desafortunadamente comunes. Una adecuada prevención requiere evaluar el riesgo de caída, identificando a los pacientes con alto riesgo y los factores asociados, como ocurrió en este caso. Desde el ingreso, se identificó un elevado riesgo de caída debido al estado mental del paciente y la polifarmacoterapia. En respuesta, se simplificó el tratamiento farmacológico de manera compatible con su cuadro neuropsicológico. La actuación se centró en abordar los factores modificables, tratables o mejorables durante la estancia y en educar a los familiares sobre estrategias alternativas al uso de medicamentos.

Durante la estancia, se adoptaron medidas de prevención y seguridad individualizadas, acorde con el nivel de riesgo de caída y los factores de riesgo detectados. Es relevante mencionar que el uso de barandillas o sujeciones no era lo más adecuado para el paciente, ya que tenía la capacidad de escalar las barandillas y retirarse las sujeciones, como había sucedido anteriormente.

El paciente fue atendido por el personal siempre que lo necesitaba. Las declaraciones del personal de enfermería, auxiliares y celadora confirman que el paciente fue atendido, reconducido, calmado y tratado en varias ocasiones durante esa noche.

11.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

12.- Se emite informe DESFAVORABLE».

III

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 12 de abril de 2024 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en nombre y representación de (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 19 de abril de 2024, se requiere a la reclamante a fin de que propusiera prueba y aportara copia completa de las Diligencias Previas 2357/2019, así como autorización expresa de acceso a los datos obrantes en la Historia Clínica de (...), cumplimentándose tal requerimiento mediante escrito de fecha 30 de abril de 2024.

- Mediante Resolución de la Directora del SCS de 14 de mayo de 2024 se admite a trámite la reclamación formulada y se acuerda solicitar a través del Servicio de

Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del servicio causante de la presunta lesión indemnizable.

Con fecha 9 de agosto de 2024 el SIP emite informe y remite la Historia Clínica de Atención Primaria de (...), así el informe emitido por la Directora Médica del Hospital Insular de Lanzarote en fecha 24 de mayo de 2024.

- Con fecha 11 de septiembre de 2024, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental propuesta por la reclamante, e inadmitiéndose a trámite las testificales propuestas, por obrar ya en el expediente administrativo.

- Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 11 de septiembre de 2024 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien con fecha 27 de septiembre de 2024 formuló alegaciones dentro del plazo conferido.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 29 de octubre de 2024 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

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

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

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

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata

y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

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

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

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

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

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

En idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara lo siguiente: *«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que*

ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

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

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

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

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de

urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la lex artis se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente".

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica

correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

4. En el presente caso, se imputa la responsabilidad patrimonial a la Administración sanitaria como consecuencia de dos eventos:

a) Por un lado, la falta de vigilancia y cuidado del personal sanitario que determinaron la precipitación sufrida por (...) en el Hospital Insular de Lanzarote, consecuencia de la cual sufrió lesiones consistentes en hemotórax con fracturas costales y hemoperitoneo con fallo de centros vitales, que determinaron su fallecimiento.

b) De otro, la inadecuada actuación sanitaria por parte de los sanitarios que atendieron al Sr. (...), al no haberlo examinado adecuadamente, ni comunicado su caída, así como las lesiones que presentaba, al médico de guardia, lo que podría haber evitado el fatal desenlace.

5. Pues bien, planteada en estos términos la reclamación de responsabilidad patrimonial, procederemos a analizar en primer lugar, la alegada falta de vigilancia y cuidado en el Hospital Insular de Lanzarote del Sr. (...).

Con carácter previo, se ha de reseñar la situación clínica que presentaba el Sr. (...) en el momento de los hechos. Se trataba de un paciente diagnosticado de meningoencefalitis vírica que desarrolló un trastorno neurocognitivo mayor con alteraciones cognitivas severas, afectación de la memoria, orientación temporo-espacial, alteraciones de la conducta y síntomas de frontalización (desinhibición, afectividad inapropiada, pobre control de las frustraciones y de los impulsos) que condicionaban una pérdida de autonomía.

De los datos obrantes en el expediente administrativo, consta como hecho indubitado que el Sr. (...) el día 10 de agosto de 2019 sufrió un traumatismo corporal

por precipitación en el patio del velatorio del Hospital Insular de Lanzarote. En este sentido el Informe Médico Forense de Autopsia Judicial señala -en relación con este tipo de traumatismo- que: *«Es el Traumatismo producido por la precipitación del cuerpo desde un plano de sustentación sobre un plano de caída situado por debajo».*

Asimismo, consta en el expediente administrativo que el 17 de julio de 2019, tras una sesión conjunta con Neurología, Psiquiatría y la Dirección del hospital, teniendo en cuenta que la familia no aceptaba llevarse al paciente a casa por falta de medios, se decide informar al Juzgado de su situación e ingresarlo hasta que fuera posible su traslado a una residencia o su vuelta al domicilio si mejoraba conductualmente, por lo que, -tal como consta en el informe de 30 de septiembre de 2021 emitido por el Director Médico del Hospital Insular de Lanzarote- el paciente ingresa en el Servicio de Geriatría (planta de agudos) del Hospital Insular de Lanzarote, bajo propuesta del Servicio de Neurología y ordenado por la directora médica del Hospital Dr. José Molina Orosa; ubicándose casi todo el tiempo en la habitación 214-02, ocupándola él solo debido a los trastornos de conducta que padecía, que no permitieron ingresar otro paciente en la cama contigua.

Por otro lado, en el informe de alta del Servicio de Geriatría de 11 de agosto de 2019, consta que se ingresa al Sr. (...) el 17 de julio de 2019 con motivo de *«trastornos de conducta y claudicación familiar»* (es decir, alteración del soporte social primario).

Al ingresar, el paciente es valorado por el personal de enfermería y el médico, obteniendo en la Escala de Downton -que se realiza para valorar el riesgo de caídas-, una puntuación de 4. Esta puntuación indica un alto riesgo de caídas como consecuencia de que el paciente está en tratamiento con sedantes, antidepresivos y diuréticos, además de presentar alteración del estado mental (confusión), enlentecimiento psicomotor (bradipsiquia y bradicinesia marcada), rigidez, marcha lenta, inestable y a pasos cortos -signos neurológicos coherentes con un cuadro de parkinsonismo- factores, todos ellos, que contribuyen al alto riesgo de caídas.

Asimismo, consta en el expediente administrativo que el Sr. (...) tenía tendencia al vagabundeo y desorientación, especialmente en horas nocturnas, situaciones que requerían la reconducción a su habitación.

A pesar de estos antecedentes, el día 10 de agosto de 2019, sobre las 22:00 horas, se recibió aviso en la planta donde estaba ingresado que el paciente había sido encontrado en el suelo en la zona de los velatorios tras sufrir una precipitación.

Como consecuencia de este hecho, tal como se acredita en el Informe Médico Forense de Autopsia Judicial, sufrió *«un traumatismo toraco-abdominal que causó fracturas costales múltiples, rotura pleural parietal con hemorragia en cavidad pleural, rotura hepática y bazo con hemorragia en cavidad peritoneal que originó un estado de hipovolemia por pérdida aproximadamente de un litro de sangre en la cavidad toraco-abdominal con el consiguiente shock hipovolémico y menoscabo del metabolismo tisular. Lo antes expuesto se acentuó por el compromiso de la mecánica ventilatoria ante la presencia de sangre en la cavidad pleural que impidió la expansión pulmonar ventilatoria disminuyendo el intercambio gaseoso pulmonar y causando un déficit de sangre oxigenada disponible para la perfusión tisular del organismo y específicamente, del sistema nervioso. El efecto depresor de la deprivación de oxígeno sobre el sistema nervioso central se acentuó con las altas cifras de 7-aminoclonazepam encontradas en las muestras de sangre y humor vitreo; por encima de la dosis terapéutica. Como resultado de lo antes expuesto, se afectó de forma irreversible los centros vitales situados en el Sistema Nervioso Central causando el exitus letalis de (...)».*

Pues bien, sentadas las anteriores premisas, se ha de recordar, como ha señalado la jurisprudencia en reiteradas ocasiones, que la responsabilidad patrimonial puede tener su origen bien en una acción, bien en una omisión y esa omisión ha ocurrido en el presente caso por una falta de cuidado. En efecto, tal como ha quedado acreditado en el presente expediente administrativo, el paciente no se encontraba en condiciones de normalidad debido a su trastorno neurocognitivo mayor y las secuelas derivadas del mismo, y ello era perfectamente conocido por el servicio sanitario quien, a pesar de ser consciente de que el Hospital Insular de Lanzarote es un centro geriátrico y no era apropiado para la patología que presentaba el Sr. (...), accedió a ingresarlo y a mantenerlo bajo su cuidado y vigilancia. Precisamente, por las especiales y singulares características que presentaba este paciente, debía extremar las precauciones en su cuidado pues, como se desprende de lo referido, ninguna duda hay de que el paciente se encontraba privado de una capacidad normal de discernimiento debido a su alteración mental y a sus condiciones físicas que le llevaron a ser calificado de alto riesgo de caída a su ingreso. De forma que, tal alteración hacía previsible que se comportase creando riesgos como el de vagabundear por el centro, hecho que igualmente era conocido por la Administración sanitaria, a la vista de los antecedentes que constan en su Historial Clínico, donde se refieren diversos episodios de vagabundeo por el edificio, especialmente nocturnos, que requirieron que fuera reconducido a su habitación.

Además, la Administración sanitaria no puede trasladar esa responsabilidad a la familia, puesto que la custodia y vigilancia del paciente era obligación del Hospital

desde que asumió su ingreso, limitándose la familia únicamente a servir de apoyo y ayudar con su presencia a reconducir al paciente a un estado de estabilidad conductual que le permitiera regresar a su domicilio o trasladarlo a otro centro más adecuado.

Así las cosas debe concluirse que por el Centro hospitalario -que carecía de medidas de especial protección para evitar que los pacientes salieran del pabellón de hospitalización a los patios exteriores-, no se tomaron aquellas otras medidas de previsión y cuidado necesarios para prevenir la caída que finalmente tuvo lugar. Sin que, por otro lado, pueda considerarse que la conducta del paciente constituyera una ruptura del nexo causal, porque lo cierto es que debido a su alteración mental y al tratamiento farmacológico que se le estaba administrando -que era precisamente la causa de su hospitalización- era previsible que se comportase creando riesgos que cualquier persona en situación de normalidad eludiría; mientras que el conocimiento de su personalidad y antecedentes en el servicio sanitario, le imponía a éste el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento del enfermo privado de la capacidad de juicio y discernimiento de una persona en condiciones o circunstancias normales, lo que no ocurrió en el presente supuesto, determinando esa omisión del deber de cuidado que el paciente se precipitase en uno de los patios exteriores del Hospital con los resultados lesivos que hemos expuesto y que constan debidamente explicados en el Informe Médico Forense de Autopsia Judicial.

Con el deber de cuidado no cabe obviar que como declaró el Tribunal Supremo en la Sentencia 13 de octubre de 2008 (Rec. 5030/2004) *«la posición de garante que ostenta la administración respecto de un enfermo en una clínica psiquiátrica, modula singularmente el Instituto de la responsabilidad patrimonial. Se da en tales casos una especial relación jurídica que origina un entramado de derechos y deberes recíprocos (...) entre los que destaca el esencial deber de la primera de velar por la vida la integridad y la salud del segundo, valores de constitucionalmente declarados y reconocidos como derechos fundamentales art 15 de la CE que dichos individuos siguen ostentando en la peculiar situación en la que se encuentran (Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990 Fª6 º y 137/1990 Fº4ª)».*

Por lo anteriormente razonado, en contra del parecer de la Administración sanitaria, consideramos que concurren los requisitos legalmente exigibles para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración y el consiguiente deber de reparar los daños causados.

6. En segundo lugar, procede entrar a valorar la alegación referida a la inadecuada actuación sanitaria por parte de los sanitarios que atendieron al Sr. (...).

En relación con esta cuestión, es relevante el Informe Médico Forense sobre Mala Praxis emitido en el seno de la Diligencias Previas 2357/2019 seguidas ante el Juzgado de Instrucción número Dos de Arrecife que, debido a la objetividad e independencia que concurre en los dos médicos forenses firmantes del mismo, le dota de pleno valor probatorio. Así, se concluye en el referido informe que:

«Primero: (...) ingresó el 17 de julio de 2019 en el Hospital Insular de Lanzarote con alteraciones de conducta y agresividad relacionadas con las secuelas de una encefalitis vírica sufrida en el año 2016, donde permanece ingresado hasta que fallece el 10 de agosto de 2019.

Segundo: No queda acreditada que estuviera autorizada su deambulación por las dependencias del centro hospitalario donde se encontraba internado.

Tercero: Ante el estado de alteración conductual con agresividad, el día del fallecimiento (10/08/2019) no se tomaron todas las medidas posibles, incluyendo la sujeción mecánica, para evitar la deambulación errática del interno y por consiguiente el riesgo de caída/precipitación accidental.

Cuarto: Una vez objetivadas las múltiples lesiones por raspado que padecía en la madrugada del día de su fallecimiento no se informa al médico de guardia para que procediera al pertinente examen clínico y valoración del estado del paciente.

Quinto: Tenemos criterio científico para concluir que la causa fundamental del fallecimiento de (...) durante su ingreso hospitalario fue un traumatismo toraco-abdominal severo con lesiones corporales objetivadas que originaron una hemorragia interna con el consiguiente shock hemorrágico y su fallecimiento siendo su mecanismo lesivo compatible con una precipitación cuyas características antes expusimos.

Sexto: Por las lesiones objetivadas durante la autopsia judicial tenemos criterio científico para concluir que el paciente padeció horas antes de fallecer signos clínicos propios de la evolución de un traumatismo con lesiones graves óseas y viscerales, que podían haberse constatado por el personal de asistencia de haber éste realizado el pertinente examen clínico e informado al facultativo de guardia para que actuara en consecuencia».

El Informe Médico Forense apunta a la existencia de mala *praxis* en la asistencia sanitaria dispensada al paciente tras la caída/precipitación que sufrió el día 10 de agosto de 2019, alcanzando este Organismo consultivo idéntica conclusión, tal como a continuación expondremos.

En este sentido, de la prueba practicada en el presente procedimiento administrativo no compartimos las conclusiones del SIP cuando señala lo siguiente:

«Tras la caída, la enfermera examinó al paciente, quien presentaba únicamente lesiones superficiales (erosiones). La médico forense que realizó la primera inspección confirmó la presencia de las mismas lesiones ("pequeñas erosiones") observadas por la enfermera, y no objetivó hematomas ni contusiones. Estas lesiones no requirieron al consulta con el médico.

(...)

La enfermera tomó las constantes vitales, que, según su declaración a la policía, estaban dentro de los rangos normales. Además, en relación con la febrícula, el paciente ya la había presentado en días anteriores».

En relación con estas conclusiones, consta en las diligencias de investigación practicadas en sede judicial que tras ser avisados de la caída/precipitación sufrida por el Sr. (...) se desplazaron hasta la zona donde se encontraba, al menos, la enfermera (...) y los celadores (...) y (...), quienes lo levantaron y lo trasladaron en una silla hasta su habitación y lo acostaron en la cama [declaración testifical de la Sra. (...) (folio 587)]. Esta primera intervención ya indica indiciariamente el estado en el que se encontraba el paciente tras la caída, esto es, no podía caminar, razón por la cual, se sobreentiende, que lo trasladaron en silla hasta su habitación y lo acostaron.

Tampoco ha quedado acreditado que la enfermera Sra. (...) examinara adecuadamente al paciente y mucho menos que procediera a curarle las heridas. Al contrario, en el momento del levantamiento del cadáver el médico forense pudo apreciar la existencia de restos de sangre en el cuerpo del paciente y en la habitación, así señala el Informe Médico de Autopsia Judicial que *«En el examen del lugar se objetivó restos de sangre en el marco de una puerta y en la sábana de una cama. En el examen preliminar médico forense del fallecido en el lugar del hallazgo se objetivó un cadáver en decúbito supino sobre una cama con excoriación por raspado en la mano, codo, brazo y región escapular izquierda con restos de sangre».* El hecho de que en el momento del levantamiento del cadáver existieran restos de sangre implica que el Sr. (...) no fue debidamente curado y atendido de sus heridas tras la caída, pues continuó sangrando tras la misma, sin que durante toda la noche el personal sanitario procediera a limpiarlo ni empleara ningún método para su cura. En este sentido, tampoco hay registro en el que se refleje que se procedió a efectuar

alguna cura al paciente, lo que indica lo defectuoso del examen del estado físico del paciente tras la caída.

Pero, es más, el informe del SIP sostiene que *«La médico forense que realizó la primera inspección confirmó la presencia de las mismas lesiones ("pequeñas erosiones") observadas por la enfermera, y no objetivó hematomas ni contusiones».* Por el contrario, tales afirmaciones quedan desvirtuadas por el Informe Médico Forense de Autopsia Judicial realizado el día 11 de agosto de 2019 -un día después del fallecimiento- en el que se aprecian los siguientes hallazgos externos:

«Equimosis de aspecto puntiforme en región palmar de mano izquierda.

Equimosis azul tenue de 4 cms de diámetro con excoriación en área central de (un) 1 cms y aspecto inflamatorio perilesional en codo izquierdo.

Excoriación por raspado de 7 cms por 4 cms en cara posterior de brazo izquierdo.

Excoriación por raspado de 3 cms por 7 cms en región escapular izquierda del tórax.

Excoriación equimótica azul violácea de 18 cms por 10 en región lateral izquierda toraco-abdominal».

Tal como se puede advertir, las excoriaciones no eran tan *«pequeñas»*, además sorprende que no se advirtiera por el personal sanitario la existencia de una excoriación equimótica azul violácea de 18 cms por 10 cms en la región lateral izquierda toraco-abdominal, esto es un hematoma de unas dimensiones considerables y fácilmente advertible con un mínimo de diligencia.

Ante tales lesiones, y teniendo en cuenta el estado físico del paciente, que fue trasladado en silla desde el lugar del accidente hasta su habitación, y la dificultad que tenía de comunicarse y de entender -tal como consta en el historial clínico- imponían la diligencia de llamar al médico de guardia para que lo examinara, máxime si tenemos en cuenta que se desconocía el mecanismo causal de la caída y las posibles consecuencias en que podía derivar, toda vez que en los casos de equimosis puede ser necesario hacer pruebas complementarias para descartar lesiones subyacentes o complicaciones asociadas, como desafortunadamente sucedió en el presente caso.

Además, en el Registro de Enfermería del 10 de agosto de 2019 la única anotación que existe es a las 00:59 horas señalando *«A las 22 h avisan de recepción de que el paciente está por la zona de los velatorios y se ha caído. Presenta erosiones en espalda, mano y brazo. Dice que se quiere ir a casa. Lo acostamos y se administra ½ Midazolam sc. Se administra 500 mg de Paracetamol por Tª 37.5ºC. A las 2h se levanta e*

intenta salir de la habitación. Se administra otra ½ amp. Sc. de Midazolam. Exitus a las 7.30».

Tal como reiteradamente ha señalado el SIP en sus distintos informes, todas las incidencias y actuaciones con los pacientes quedan reflejadas en el Registro, y en el presente caso lo único que consta es lo que se acaba de transcribir, esto es los hechos que sucedieron entre las 22 h y las 00:59 h que es cuando se practica la anotación, lo que implica que desde las 00:59 h hasta las 7:30 h en que se descubrió que había fallecido no consta ninguna actuación en relación con el estado de salud del paciente.

Así, afirmaciones tales como que la enfermera le tomó las constantes vitales y estaba bien, no han quedado acreditadas, puesto que no constan en el Registro ni la toma, ni el resultado de las mismas, teniendo la consideración de meras manifestaciones efectuadas por la enfermera y las auxiliares en su condición de investigadas, y por tanto amparadas por el art. 118 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que les confiere el derecho a no declarar contra sí mismas ni declararse culpables. En este sentido, resulta llamativo que las auxiliares que trabajaron esa noche y que, supuestamente, ayudaron y asistieron al Sr. (...), manifestaran en sede judicial, en su condición de investigadas, que no vieron sangre en la habitación, cuando tal circunstancia es una hecho indubitado que ha quedado acreditado no solo por el Atestado policial, sino también por las fotografías obrantes en el expediente.

Tampoco se ha acreditado que el paciente fuera objeto de un control o seguimiento tendente a observar cómo evolucionaban sus lesiones. Adviértase que presentaba un hematoma en la zona toraco-abdominal de 18 cms, varias fracturas costales y rotura hepática y del bazo, lesiones que, tal como informaron los médicos forenses, horas antes del fallecimiento debían mostrar signos clínicos. Sin embargo, a pesar de su gravedad y evidencia tales signos no fueron advertidos. A ello no obsta el hecho de que el médico de guardia tampoco apreciara la equimosis en el momento en que fue avisado de que el paciente había fallecido, puesto que, tal como consta en el expediente, el paciente se encontraba de cúbito supino y el médico no lo movió para examinarlo, por lo que no pudo apreciarla.

Por ello, consideramos que todas las actuaciones referidas por los profesionales sanitarios a partir de las 00:59 h no han quedado acreditadas, pues no hay constancia de las mismas.

Lo que sí consta es que entre las funciones de los DUE (personal de enfermería) se encuentra, entre otras, tomar y registrar las constantes de los pacientes, así como registrar incidencias, lo que fue no fue llevado a efecto. Asimismo, entre las funciones del personal auxiliar de enfermería se encuentran las de dar rondas para revisar como están los pacientes, a las 06:00 h tomar la temperatura, y a las 06:30 h cambios de empapador y realizar cambio postural dejando al paciente en decúbito supino, sin que tampoco conste su práctica el día de los hechos. No consta ningún registro en este sentido, además, de haberse practicado estas actuaciones con un mínimo de diligencia hubieran percibido el estado de salud del paciente, esto es, los síntomas derivados de sus lesiones internas referidos por el forense, o bien su fallecimiento -el Informe Médico Forense de Autopsia Judicial data la muerte entre las 03:00 y las 07:30 h-.

Mención particular debe tener el hecho que refiere el personal sanitario de que se produjo una segunda caída del paciente dentro de la habitación, pero sin que se encuentre recogida en el Registro de Enfermería, ni se hayan mencionado las circunstancias en que se produjo esa caída, ni las consecuencias físicas que tuvo para el paciente, ni que tampoco se pusiera en conocimiento del médico de guardia, lo que, de ser cierto, reviste una gravedad que va en contra de los mínimos estándares de diligencia en la práctica sanitaria.

En conclusión, una vez examinado el contenido del expediente administrativo remitido a este Consejo Consultivo, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, se considera que en este caso ha resultado acreditado que la prestación sanitaria dispensada al hijo de la reclamante fue inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»* dadas las graves irregularidades advertidas en su asistencia sanitaria y ha supuesto una pérdida de oportunidad, puesto que tal como consta en el Informe Médico Forense sobre Mala Praxis *«el paciente padeció horas antes de fallecer signos clínicos propios de la evolución de un traumatismo con lesiones graves óseas y viscerales, que podían haberse constatado por el personal de asistencia de haber éste realizado el pertinente examen clínico e informado al facultativo de guardia para que actuara en consecuencia».*

Por lo expuesto, no se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo de Canarias.

7. Por último, en cuanto a la cuantía indemnizatoria, la reclamante solicita la cantidad de 198.000 euros.

La reclamante se limita a cuantificar la indemnización sin establecer los bases o los conceptos indemnizatorios de los que resulta tal cantidad. Por lo que, de conformidad con el art. 34.2 LRJSP *«la indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social».*

Por lo tanto, aplicando el baremo para el año 2019 de la Ley 35/2015, del 27 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y pérdidas causados a las personas en los accidentes de circulación, le corresponde percibir 72.852,50 euros.

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

C O N C L U S I Ó N

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