Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 0 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de febrero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 795/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 19 de diciembre de 2024 (registro de entrada de fecha 23 de diciembre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 104.665,79 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

No obstante, en cuanto a la preceptividad del Dictamen y si bien no resulta de aplicación en el presente caso, es necesario precisar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta, que establece:

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SCS), de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del SCS, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del SCS, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del SCS.

4. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público], puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y está legitimada activamente por cuanto solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados, supuestamente, por el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero, LPACAP.

7. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio (art. 91.3 LPACAP). En el presente supuesto se ha superado con creces dicho plazo. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP (DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros).

II

En lo que se refiere a los antecedentes que han dado lugar al presente procedimiento, en la Propuesta de Resolución se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado en el escrito de reclamación, en los siguientes términos:

- El pasado año 2019, el Servicio Digestivo del Hospital General de La Palma (HGLP) prescribió a la paciente, que contaba en ese momento con 74 años de edad, la realización de una Colonoscopia bajo control de anestesia. Su realización fue programada para el día 11 de noviembre de 2019.

- El día indicado, acudió al HGLP, acompañada de dos de sus hijos. Al interior de la consulta de Digestivo, solo accedió su hija (…), quien tuvo que salir poco después al ser llevada la paciente a la realización de la prueba de colonoscopia. Una vez terminada la prueba comunican a sus dos hijos, que ya podían entrar a la Sala de recuperación donde se hallaba la paciente. En ese momento entran (…) y (...), encontrando a su madre adormilada y aún bajo los efectos de la anestesia, tapada con una manta y sobre una camilla con las barandas levantadas.

- Al poco tiempo, comunican a los hijos que tenían que salir nuevamente a la zona exterior y que ya los volverían a llamar. Transcurrido un breve período de tiempo, abren nuevamente la puerta de la consulta digestivo e informan a los hijos que su madre, (...) había sufrido una caída dentro (en la sala de recuperación y mientras se encontraba en la camilla) y que debían realizarle una prueba de RX de la cadera dado que presentaba dolor en esa zona.

- Una vez realizada la prueba de RX se confirma que sufrió una fractura en la cadera izquierda, remitiéndola a urgencias. Enfermería de Endoscopia Digestiva

informa: *" (...) a las 12:30 horas, sentamos a la paciente en la camilla antes de levantarse para cambiarse de ropa. Cuando se incorpora se enreda en la manta que lleva sobre ella y se cae al suelo. Presenta dolor en cadera izquierda. Se hace radiografía urgente y presenta fractura de cadera. Se envía a urgencias (...) "*

- El informe Clínico de Urgencias, (11/11/2019), recoge que*: " (...) paciente que acude a este servicio por presentar caída casual al enredarse con una manta según refiere, después de hacerse una colonoscopia (...) Exploración física: dolor a la palpación en zona inguinal izquierda, con rotación externa del pie izquierdo (...) Diagnóstico: fractura de cadera izquierda".*

- Con relación al día 12 de noviembre de 2019: El informe del Servicio de Traumatología del Hospital General de La Palma (de fecha 12/11/2019), hace constar: *" (...) motivo de ingreso: fractura pertrocantérea izquierda. Tipo de ingreso: programado (...) Exploración física: (...) acortamiento con rotación externa de miembro inferior izquierdo (...) Radiografía: fractura pertrocantérea izquierda (...) Procedimiento: reducción y osteosíntesis con clavo gamma 3 IIx180 mm, tornillo cefálico 90, tornillo distal 30 mm tapón 5 mm (...) Se prescribe tratamiento médico anticoagulante y analgésico. Ejercicios isométricos (...) elevaciones de pierna con rodilla estirada, movimientos activos del tobillo en sesiones de 15 minutos, 4-6 veces al día. Mantener extremidad elevada y mover los dedos. Caminar con ayuda de dos bastones ingleses sin apoyar la extremidad afecta (...) "*

- La paciente permanece en planta hasta el día 16 de noviembre de 2019. El Servicio de Traumatología le da el alta por consolidación de la fractura, el día 20 de junio de 2020.

- Como consecuencia del accidente ha perdido su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria, así, ha perdido la capacidad de vestirse, bañarse por sí misma así como de realizar la mayor parte de las actividades domésticas, que hasta entonces venía realizando con plena normalidad, y ha visto limitada de forma importante su capacidad para asearse, sentarse, levantarse y acostarse, desplazarse además de otras análogas relativas a su autosuficiencia física. Con igual importancia y afectación en su capacidad de ocio y la vida de relación.

- Resulta inconcebible e inadmisible que por parte del personal de enfermería y, a una paciente de 74 años de edad que está saliendo de una anestesia:

Se le bajen las barandillas de la camilla donde se encontraba y la incorporen de la camilla dejándola sentada, y no le retiren las mantas que aún tenía envueltas sobre su cuerpo.

Que se desentiendan de ella y la dejen sola en ese estado, no sentándola en un sillón, silla o similar provista de elementos de sujeción para evitar su caída.

Que previamente no se haya llamado a los parientes de la paciente, que se encontraban fuera esperando (tras ordenarse que salieran), para que hubieran podido velar por su madre y ayudarla.

Pero en todo caso, lo que resulta un hecho objetivo es que la paciente de 74 años de edad, estaba saliendo del estado de sedación tras una intervención quirúrgica, en la zona de recuperación y bajo la supervisión, vigilancia y control del citado personal sanitario del servicio de digestivo del HGLP, sin haber recibido el alta por no estar aún recuperada de la anestesia, cuando se produjo el evento lesivo. Es por lo que reclama por responsabilidad patrimonial del SCS, una indemnización de 104.665,79 €.

III

Como principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan practicados en este caso los siguientes:

1.- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 6 de noviembre de 2020.

En dicha reclamación se imputa el daño al mal funcionamiento del Hospital General de La Palma, y en especial, del personal de enfermería del servicio digestivo, encargado de la vigilancia y control de esta paciente de 74 años de edad, la cual se encontraba en la zona de recuperación y en fase de reanimación tras haber sido sometida a una operación con anestesia, cuando se produjo la caída.

2.- Mediante Resolución del Director del SCS, de 10 de noviembre de 2020, se acuerda la admisión a trámite de la reclamación y se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Se notifica a la interesada el mismo día 10 de noviembre de 2020.

3.- El 27 de septiembre de 2023, el SIP remite historia clínica e informe preceptivo del Servicio de Enfermería, de 1 de diciembre de 2020, sin embargo no

emite el informe requerido, alegando que siguiendo instrucciones de la Secretaria General en reunión mantenida el pasado 26 de septiembre de 2023, adjunta anexo conteniendo relación de expedientes de responsabilidad patrimonial (sin Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones), que se traspasan al Servicio de Normativa y Estudios para continuar su tramitación, entre los que se encuentra el presente caso.

4.- El 4 de diciembre de 2023, se dicta Acuerdo Probatorio, admitiendo los siguientes medios probatorios:

- Por parte del SCS:

- La Historia Clínica.

- Informe del Servicio de Enfermería de 25 de noviembre de 2020.

- Por parte de la interesada:

1.- Documental:

- Documentación adjunta a la reclamación inicial (folios n.º 1- 49)

- Historia clínica relativa a los hechos, objeto de reclamación.

2.- Testifical: (...), enfermera del Departamento Digestivo del Hospital Universitario de La Palma.

3.- Pericial: Informe elaborado por (...), Máster en Medicina Evaluadora y Peritaje Médico, que fue aportado adjunto a la reclamación patrimonial.

5.- El día 21 de diciembre de 2023 se practica la prueba testifical a la que asiste la interesada por medio de representante.

6.- Concluida la fase de instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial se otorga trámite de audiencia a la interesada, notificado con fecha 4 de enero de 2024.

7.- El 10 de enero de 2024 la interesada presenta escrito de alegaciones en el que manifiesta que la historia clínica aportada está incompleta, pues sólo consta la documentación relativa a la asistencia sanitaria posterior al hecho lesivo, en cuanto a la atención posterior a la lesión y fractura de cadera de la Sra. (...) en el Servicio de Traumatología, pero no consta la relativa a lo ocurrido en el Servicio de Digestivo en la mañana del día 11 de noviembre de 2019, referido a la realización de la colonoscopia y al momento de producción de la lesión.

Por lo demás, reitera las manifestaciones realizadas en el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración. Concluye que ha resultado

acreditado que los daños ocasionados a (...), el día 11 de noviembre de 2019, cuando se encontraba bajo el exclusivo cuidado, atención y control del Servicio Digestivo del Hospital General de La Palma, fueron causadas como consecuencia del mal funcionamiento del Hospital General de La Palma, y en especial, del personal de enfermería del servicio digestivo, que al agarrar, levantar y manipular a la paciente, (...), le provocaron, directa e inmediatamente una caída, con la conocida consecuencia de fractura de cadera.

8.- Con fecha 20 de marzo de 2024 por la Secretaría General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos que conforman la Responsabilidad patrimonial.

9.- El 21 de marzo de 2024 tiene entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen sobre la Propuesta de Resolución, el cual es emitido el 6 de mayo de 2024 (DCC 220/2024). En dicho Dictamen se concluye que la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones, toda vez que se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, en concreto a fin de que se practique debidamente la prueba documental admitida, al no haberse incorporado la historia clínica completa. Se consta que no obraba en la historia clínica, la documentación del Servicio de Digestivo, así como del Servicio de Anestesiología y Enfermería del Departamento Digestivo del Hospital Universitario de La Palma, relativa a la realización de la colonoscopia y a la ulterior permanencia de la paciente en la Sala de recuperación tras la realización de la prueba.

Por ello, se concluye que debe retrotraerse el procedimiento a fin de que se complete la historia clínica de la paciente mediante la documentación correspondiente a la asistencia prestada (relativa a la realización de la colonoscopia y ulterior permanencia de la paciente en la Sala de recuperación) por el Servicio de Digestivo, Servicio de Anestesiología y Enfermería del Departamento Digestivo del Hospital Universitario de La Palma. Y, además, que se emita informe por parte del Servicio de Digestivo sobre el tipo de sedación empleado y la cantidad suministrada; sus efectos sedantes y el tiempo de duración de los efectos; la situación clínica de la paciente mientras estuvo en la Sala de recuperación y su evolución. Y que, por último, se remita también el protocolo existente para evitar caídas tras pruebas diagnósticas en el Hospital General de La Palma y se informe acerca del grado de su cumplimiento por el personal de enfermería del Servicio de Digestivo responsable de la paciente).

10.- El 10 de mayo de 2024 el Servicio de Normativa y Estudios de la Secretaría General del SCS requiere al Hospital General de La Palma la documentación indicada en el DCC 220/2024 de 6 de mayo.

11.- Con fecha 12 de junio de 2024 el HGLP remite la siguiente documentación:

- Informe de enfermería de consulta de Digestivo del HGLP de 28 de mayo de 2024.

- Informe de la Dra. (...), facultativa especialista en Digestivo del HGLP de 23 de mayo de 2024.

- Informe del Dr. (...), facultativo especialista en Anestesia y Reanimación del HGLP.

12.- El 3 de julio de 2024 se da traslada de estos nuevos informes a la parte interesada a fin de que formule las alegaciones que estimara pertinentes en el plazo de diez días.

13.- El 17 de octubre de 2024 el Servicio de Normativa y Estudios de la Secretaría General del SCS requiere al Hospital General de La Palma a fin de que aporte la siguiente documentación:

- La Historia Clínica correspondiente al Servicio de Digestivo y de Anestesia y Reanimación, tal y como indicó el Consejo Consultivo de Canarias en el dictamen que se adjuntó.

- Formulario completado por enfermería el día de la endoscopia y escala de Aldrete, utilizada en la recuperación post-sedación documentos a los que hace referencia (...), enfermera del Servicio de Aparato Digestivo pero que no aportó.

14.- El 15 de noviembre de 2024, el HGLP remite nueva documentación que le fue reiterada con fecha 17 de octubre del mismo año.

15.- El 26 de noviembre de 2024 se da traslado a la interesada de la nueva documentación, a fin de que, en el plazo de diez días desde el siguiente a la notificación se aporten las alegaciones que estime convenientes. No consta que la interesada haya formulado alegaciones.

16.- El 18 de diciembre de 2024 se dicta, por la Secretaría General del SCS, Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de la interesada, que es remitida a este Consejo Consultivo para su preceptivo dictamen

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, ponente D.ª (...), Roj STS 4942/2014, FJ 3): *«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».*

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente (...), Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las

Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

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

2. Teniendo en cuenta los motivos en los que se sustenta la reclamación, el objeto de controversia se sitúa en torno a lo ocurrido en la Sala de recuperación tras la realización de una colonoscopia; y, en concreto, en relación con el nexo causal entre daño y la actuación del Servicio de Enfermería responsable de la vigilancia y atención de la paciente tras la realización de la citada prueba.

La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante al concluir que no ha quedado acreditada la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada y, en consecuencia, no concurre daño antijurídico indemnizable.

El órgano instructor considera que la interesada no prueba la falta de diligencia de los profesionales que se encontraban con la paciente en la sala de recuperación. Y añade que, si bien es cierto que el resultado, es decir, la caída, es constatable al igual que el daño- la fractura de cadera izquierda- no ocurre lo mismo con el nexo causal, es decir, no se prueba que la caída fuera consecuencia de una mala praxis del SCS. De acuerdo con lo informado, desde el Servicio de Enfermería se actuó conforme al protocolo, por lo que concluye que el daño producido se debió exclusivamente a la actuación de la paciente.

A la vista de lo expuesto, procede analizar las siguientes cuestiones:

- La causa por la que se produce la caída, al existir contradicción entre el informe del Servicio de Enfermería, la declaración testifical de la propia enfermera y la documentación clínica, pues unos apuntan a que la caída fue debida a que se enreda con una manta al incorporarse desde la camilla, y otros, a que la caída fue debida a un síncope (anotaciones de enfermería de urgencias).

- Tipo de sedación y cantidad administrada durante la prueba de la colonoscopia y el tiempo de recuperación necesario para que la paciente pueda incorporarse.

- Estado de la paciente mientras estaba en la sala de recuperación donde según la enfermera se monitoriza a la paciente y se valora su estado neurológico.

Resulta necesario el análisis de estas cuestiones al objeto de determinar si la causa de la caída, con el resultado de fractura de cadera, puede ser imputado a la actuación del personal sanitario responsable de su cuidado y vigilancia, o a la propia conducta de la víctima, tesis mantenida en la propuesta de resolución, en la que se indica que la propia reclamante fue la causante del daño, con plena ruptura del nexo causal por ser una causa extraña al servicio sanitario.

Sobre el mecanismo causal de la caída, podemos destacar los siguientes datos:

1.º En la historia clínica consta:

- Anotaciones de enfermería de urgencias el 11/11/2019 a las 13:22 horas (folio 79) «paciente traída de consulta de digestivo que tras la realización de colonoscopia sufre un síncope con caída y acude por dolor en cadera izquierda e impotencia funcional».

- Informe clínico de urgencias de 11/11/2019, 13:18 horas (Folio 77) Anamnesis: *«Paciente que acude a este servicio por presentar caída casual al enredarse con una manta según refiere, después de hacerle una colonoscopia».*

- Anotaciones de Enfermería de Endoscopia Digestiva realizadas por la enfermer(...) (folios 182 y 183): 11/11/2019 a las 09:04 horas: *«se recupera satisfactoriamente de la sedación con anestesia. Escala de Aldrete: 9 puntos. Se da el alta de endoscopias. A las 12:30 horas sentamos a la paciente en la camilla antes de levantarla para cambiarse de ropa. Cuando se incorpora, se enreda en la manta que lleva sobre ella y se cae al suelo. Presenta dolor en cadera izquierda. Se hace Rx urgente y presenta fractura de cadera. Se envía a Urgencias para ser valorada por Traumatología y decidir actuación».*

A las 11:59 horas sus constantes eran:

TAS 110

TAD 55

FC 59

Saturación de oxígeno 97

2º. Declaración testifical de la enfermera (...) practicada el día 21 de diciembre de 2023, manifiesta que una manta suele cubrir el abdomen y parte de las piernas, para preservar su intimidad, sin tapar los pies. Manifiesta, además, que a Maura la ayudaron a levantarse. Y añade: *«Se sentó en la cama, tenía la manta sobre los muslos y cuando la incorporamos para ponerla de pie al mismo tiempo se saca la manta para ponérsela por arriba de los hombros. Se hace de forma simultánea. Y en este caso no recuerdo como se cayó, fue en ese momento».* A la pregunta *¿entonces no se cayó a causa de las mantas enrolladas en los pies?* Responde: *No.* A la pregunta: *¿Podría decirme por qué consta en el informe médico que la paciente se enreda en manta que lleva sobre ella y cae al suelo?* Responde: *Por enredar no puedo especificar que la pisó o la tuviera en los pies. No recuerdo que la manta se cayera completa al suelo y ahí se enredara.*

La versión de la propia paciente y ahora reclamante es que tras la realización de la colonoscopia y estando en recuperación, cayó de la camilla al suelo. Refiere que estaba tranquila en la cama y sintió que alguien tiraba de la manta que la cubría y cayó al suelo (folios 38 y 39 del informe pericial)

Sobre el tipo de sedación y cantidad administrada durante la prueba de la colonoscopia y el tiempo de recuperación necesario para que la paciente pueda incorporarse:

1.º En el informe del Servicio de Anestesia (folio 185) consta lo siguiente:

«Tipo de sedación: la sedación fue realizada realizada con:

propofol al 1%, 30 mg

más Dexmedetomidina 0,5 microgramos kilo/ hora

Ketamina 15 mg.

Fentanilo: 50 microgramos

El procedimiento duró aproximadamente 40 minutos, entre las 11:00 horas y las 11:40 horas.

La paciente fue trasladada a una habitación para su recuperación a la cual fue acompañada por FEA en anestesia y quedo al cuidado de la enfermería del Servicio de Digestivo.

A las 12:10 se firma el alta de anestesia.

Con respecto a los fármacos referidos se informa lo siguiente:

propofol: fue utilizado por su acción sedante e hipnótica a muy baja dosis

la Ketamina fue utilizada a dosis analgésicas, que son dosis más bajas que las hipnóticas, ya que no produce depresión respiratoria.

Fentanilo: la dosis utilizada fue una dosis pequeña, ya que la dosis para analgesia es alrededor de 2 a 3 microgramos por kilo.

Dexmedetomidina: fue utilizada porque es un fármaco sedante, analgésico que no produce depresión respiratoria. Normalmente este fármaco se utiliza realizando una dosis de carga que es igual a los mismos microgramos que lo que pesa el paciente. (Ejemplo: 70 kg - 70 microgramos a pasar en 20 minutos y luego se pasa a una velocidad de 0,5 microgramo/kilo/hora, que es lo que fue utilizado en este caso, sin realizar la dosis de carga mencionada. Se adjunta copia de la hoja de anestesia.

En resumen, fueron utilizados estos fármacos en pequeñas dosis para aportar sedación analgesia evitar la depresión respiratoria y conseguir un rápido despertar».

2.º Historia clínica: hoja de anestesia (folios 186 y 187) consta que el proceso duró unos 40 minutos, comenzando a las 11:00 horas y que el alta de anestesia fue a las 12:10 horas. Por tanto, desde que termina el procedimiento de colonoscopia hasta el alta transcurrieron unos 30 minutos, tiempo en el que permaneció en la sala de recuperación.

Sobre el tiempo de recuperación necesario para que la paciente pueda incorporarse y abandonar la sala de recuperación para marchar a su domicilio, no se indica nada en el informe del Servicio de Anestesia, de modo que se desconoce si los 30 minutos transcurridos fueron adecuados en este caso concreto.

Sobre el estado de la paciente mientras estaba en la sala de recuperación donde según la enfermera se monitoriza a la paciente y se valora su estado neurológico:

En cuanto a la documentación que obra en la historia clínica relativa a la sala de recuperación, sólo consta, en la documentación aportada a este Consejo Consultivo, las anotaciones de Enfermería en Endoscopia digestiva y los registros de enfermería postsedación, no obra ningún otro documento relativo a la permanencia de la paciente en la Sala de recuperación a cargo del Servicio de Anestesiología y

Reanimación. Por tanto, sólo consta que sus constantes a las 11:59 horas eran las siguientes: TAS 110 TAD 55 FC 59. Saturación de oxígeno 97.

En una paciente con antecedentes de Hipertensión arterial en tratamiento y con una TA en la preanestesia de TAS 140 TAD 80, podría considerarse que la TA a las 11:59 horas en la sala de recuperación era baja.

Por otro lado la Escala de Aldrete, utilizada en la recuperación post-sedación, para el alta del paciente, era de 9 puntos según anotación de la historia clínica (folio 182), por lo que según dicha escala podía ser dada de alta.

Con todos estos datos recabados del análisis de la documentación que obra en el expediente remitido a este Consejo Consultivo, podemos concluir que no existe una prueba concluyente sobre la causa de la caída. Estamos ante un caso en el que las propias contradicciones en las que incurre la enfermera responsable del cuidado de la paciente, hace muy difícil esclarecer la causa concreta de la caída. Por contra, está plenamente acreditado que la paciente acude al Hospital General de La Palma el día 11 de noviembre de 2019 para someterse a una colonoscopia solicitada por el Servicio de Digestivo para el estudio de sangre oculta en heces positiva. Dicho procedimiento se realiza en la sala de endoscopia con sedación a cargo del anestesista. La colonoscopia se realizó sin complicaciones y duró unos 40 minutos. Al finalizar la paciente es trasladada a la sala de recuperación para su vigilancia a cargo del médico anestesista y de la enfermera de Digestivo, donde permaneció otros 30 minutos. Estando en dicha sala de recuperación, sufre una caída que le provoca una fractura de cadera de izquierda que requiere una intervención quirúrgica ese mismo día, mediante reducción y osteosíntesis, siendo dada de alta el 16/11/2019. El 24 de junio de 2020 consta la consolidación de la fractura y el 14 de octubre de 2020 consta que cojea un poco cuando camina mucho y molestias en la cadera izquierda.

Se trata, por tanto de determinar, si la caída fue fortuita o derivada de la propia falta de diligencia de la paciente, o bien fue debida a una infracción de la *lex artis*, en el deber de cuidado y vigilancia del paciente por omisión o déficit en el celo de la vigilancia de una paciente de 74 años de edad que se recuperaba de una sedación.

Según declaró la enfermera encargada del cuidado de la paciente en la sala de recuperación, los pacientes que se encuentran en dicha sala, permanecen allí para recuperarse de la sedación administrada hasta que se puedan ir a casa acompañados. El tiempo de permanencia en la sala de recuperación depende de la edad, del estado del paciente, y del tipo y cantidad de sedación administrada, pero suelen estar un

mínimo de 15 o 20 minutos. El día de los hechos, había dos pacientes en la sala, la reclamante y otro más. La paciente pasó directamente a la sala en la propia camilla desde la sala de endoscopia. La enfermera manifestó que cuando la paciente se incorpora se debe estar junto a ella, pero que la dejan sentada en la camilla un rato hasta ver que no está mareada. Si no está mareada se queda sentada sin ayuda, mientras está sentada no hay nadie a su lado, pero sí en la sala. Si está mareada permanecen a su lado hasta que tenga el equilibrio suficiente para estar sola, y la vuelven a acostar el tiempo que haga falta. Que le ponen una manta cubriendo abdomen y parte de las piernas. Manifestó que a la reclamante la ayudaron a levantarse dos personas, tanto ella como un compañero que entraba cuando la incorporaron de la camilla y la ayudó. Se sentó en la cama, tenía la manta sobre los muslos y cuando la incorporaron para ponerla en pie al mismo tiempo se le sacó la manta para ponérsela sobre los hombros, y que no recuerda cómo se cayó, pero que no se cayó a causa de las mantas enrolladas en los pies.

Resulta difícil entender que una paciente que es ayudada a levantarse por dos personas a su lado, pueda caerse y fracturarse la cadera. Por otra parte, esta misma enfermera que declaró que no recuerda cómo se cayó, pero que no se cayó a causa de las mantas enrolladas en los pies, anotó en la historia clínica *«a las 12.30 horas sentamos a la paciente en la camilla antes de levantarla para cambiarse de ropa. Cuando se incorpora, se enreda en la manta que lleva sobre ella y se cae al suelo».*

Por todo ello, existen indicios que nos llevan a considerar que existió una falta o déficit en el deber de cuidado, vigilancia y supervisión de la paciente durante su recuperación de la sedación, pues en el caso de que, efectivamente, como señala la enfermera, hubieran ayudado a la paciente a levantarse, la presencia del personal sanitario junto a la paciente y muy próximo a ella, hubieran podido sujetarla y, difícilmente, se hubiera producido la caída con resultado de fractura de cadera. Por tanto, la causa más probable de la caída es que la paciente no fuera auxiliada en el momento en que se incorporó para levantarse y teniendo la manta sobre las piernas, esta se cayera al suelo y se enredara con ella, produciéndose la caída. Por ello, se considera que hay relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y los daños que se reclaman.

Es posible imputar el daño a la actuación del personal sanitario responsable de su cuidado y vigilancia, porque existió una omisión en el deber de cuidado o vigilancia desplegado por el personal sanitario.

Por tanto, ha de observarse, que existe título de imputación para la declaración de la pretendida responsabilidad patrimonial, dado el daño sufrido, de manera real y efectiva y de la relación de causalidad con las actuaciones sanitarias practicadas, más lo cierto es que ha de revisarse ahora si la indemnización reclamada, resulta o no acorde a derecho, teniendo en cuenta las reales lesiones que se le causaron a la reclamante.

La reclamante solicita una indemnización por importe de 104.665,79 €, y aporta informe pericial de valoración del daño, donde se establecen como conceptos indemnizables los días de baja, secuelas valoradas en 15 puntos, intervención quirúrgica Grupo V, y también pretende una indemnización por perjuicio por pérdida de calidad de vida de carácter leve. En este punto, aunque en el resumen de lesiones, añade pérdida de calidad de vida de carácter leve, sin embargo, con anterioridad, el perito había considerado que la pérdida de calidad de vida era grave porque la lesionada había perdido su capacidad para vestirse y asearse por sí misma, sentarse, levantarse, acostarse, desplazarse, así como para realizar la mayor parte de las actividades domésticas. Por este concepto reclama el importe de 52.260,32 €.

En la reclamación además, se solicita el perjuicio patrimonial por las obras de adecuación de la vivienda por importe de 26.486,57 €, aportando un informe técnico de adaptación de la vivienda que incluye presupuesto por dicho importe, y en el que se indica la necesidad de hacer rampas, adaptar las puertas de paso entre las distintas habitaciones, adaptación del baño, etc. Es decir pretende que se abone una indemnización por las obras para adaptar la vivienda y sus accesos a persona con movilidad reducida.

En cuanto a esta partida indemnizatoria, se considera razonable que la reclamante, a la vista de las lesiones producidas, tiene la carga de adaptar su vivienda a las limitaciones de movilidad que devienen de sus secuelas, de modo que la realización de las obras necesarias para dicha adaptación se consideran indemnizables.

Así lo ha considerado el Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo, Sección 6.ª, Sentencia de 11 May. 2015, Rec. 233/2013, que dispone:

«También la sentencia recurrida excluyó de la indemnización las partidas de adecuación de la vivienda y el vehículo a las circunstancias y necesidades del incapacitado permanente, expresando como razón o motivo de la exclusión que no se habían efectuado los gastos correspondientes a estas partidas, y lo que se indemniza son daños efectivos.

La Sala no comparte los anteriores razonamientos, pues el principio de reparación integral exige, como requisito para indemnizar un daño, la acreditación de su nexo causal con la actuación administrativa, pero no la efectividad del gasto, como sostiene la parte recurrente. Tampoco este requisito de la efectividad del gasto es exigido en la Tabla IV del baremo, que contempla como daños y perjuicios indemnizables, en los supuestos de lesiones permanentes, la adecuación de la vivienda y del vehículo a las circunstancias del incapacitado, cuando así lo impongan sus necesidades, sin que el supuesto de hecho normativo contemple la exigencia del pago previo de los gastos de adecuación» (F.D octavo).

Ahora bien, en cuanto a su cuantía, como señala el TS en la sentencia invocada, los daños de adecuación de la vivienda a las circunstancias derivadas de la incapacitación están incluidos como indemnizables en la Tabla IV del baremo, sin otro requisito que la prueba de su necesidad.

La cuantía de los gastos de adecuación de la vivienda está acreditada por el informe unido al expediente consistente en un informe técnico de adaptación de la vivienda elaborado por arquitecto, que determina las obras que deben ejecutarse y su importe. Ahora bien, la indemnización por este concepto debe adaptarse al importe establecido en la tabla IV del baremo del RD Legislativo 8/2004 y la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 17 de enero de 20078, de actualización de las indemnizaciones, y exige además, la prueba de su necesidad lo que exige que se valore el grado de movilidad y limitación que presenta la lesionada, a los efectos de determinar en qué medida debe adaptarse su vivienda teniendo en cuenta sus circunstancias y sus necesidades personales.

Finalmente, no se acredita que la paciente presente un estado lesional (discapacidad o minusvalía) tras la intervención quirúrgica por fractura de cadera que suponga, como señala el perito, una pérdida de calidad de vida grave porque la lesionada haya perdido su capacidad para vestirse y asearse por sí misma, sentarse, levantarse, acostarse, desplazarse, así como para realizar la mayor parte de las actividades domésticas (por este concepto reclama el importe de 52.260,32 €), pues en la historia clínica sólo se contempla, en la última revisión en el Servicio de Traumatología el día 14 de octubre de 2020 que la paciente camina con ayuda pero cojea un poco cuando camina mucho, con molestias en la cadera izquierda. La última revisión en el servicio de Traumatología que consta en la documentación aportada es de fecha 14 de octubre de 2020, sin que consten más consultas en relación con la cadera, ni en el Hospital General de La Palmas, ni en Atención primaria.

De este modo, por todo ello, del importe total reclamado deberá minorarse la cantidad correspondiente al perjuicio por pérdida de calidad de vida grave, y valorarse el concepto de adaptación de la vivienda, al ser una partida indemnizable, de conformidad con sus necesidades reales por el grado de limitación de la movilidad que efectivamente presente la reclamante.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, no se considera conforme a Derecho, por cuanto concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, y procede reconocer una indemnización, por lo motivos expresados en el fundamento IV del presente Dictamen.