Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 8 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de marzo 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 (...), (...), (...), (...), (...), (...) y (...), por el fallecimiento de su causante, (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 75/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del Dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, pues los interesados solicitan una indemnización conjunta de 171.938,96 euros, de acuerdo con lo previsto en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimada para solicitar el Dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con lo previsto en el art. 12.3 LCCC.

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 Régimen Jurídico del Sector Público (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 y la

[*] **Ponente: Sra. de León Marrero.**

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. 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.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona fallecida -(...)- la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

6.1. Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, lo siguiente:

«En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.

A este respecto, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de octubre de 2013 (rec. 780/2006) expone la problemática procesal. Dice este fragmento de la sentencia:

"Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar

perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

En este sentido, 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 si 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".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, hijos e hijas de la fallecida, poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

6.2. En lo que se refiere a 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, mediante el SCS, aun cuando, en este caso, la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento.

Como se ha manifestado en numerosos dictámenes de este Consejo Consultivo [DDCC 31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros], los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos.

Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud -el SCS en este caso-, como el centro sanitario privado concertado; porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces estará obligado a resarcirlo.

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del SCS, junto a éste, está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado. Estas razones explican que el instructor haya llamado a dicho hospital al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado- y le haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 14 de marzo de 2022, habiéndose producido el fallecimiento de la causante de las personas interesadas el día 28 de julio de 2021.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun 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).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, los reclamantes, en síntesis, formulan la siguiente relación de hechos:

- Que (...), madre de los reclamantes, ingresó en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (HUC) con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva.

- Posteriormente, tras varios días ingresada en urgencias del HUC, el día 20 de julio de 2021 fue trasladada al hospital (...) del Puerto de la Cruz.

- Desde el día 21 de julio de 2021 hasta el 27 de julio estuvo ingresada en (...) del Puerto de la Cruz constando en los registros de enfermería alteración de la orientación («*semiorientada*») el día 21 de julio de 2021 en el turno de noche;

dificultad para dormir, arrancándose la vía venosa periférica (22 de julio de 2021). Entre el 23 y el 27 de julio no se registraron incidencias significativas, iniciando la deambulación el día 27 de julio.

- El día 28 de julio de 2021 y conforme consta en los registros de enfermería (03:26 horas) la paciente se había intentado levantar sola al aseo en varias ocasiones. Se le colocaron barandillas a los lados de su cama al acostarla y se le facilitó acceso al timbre. A las 05:30 horas fue hallada por la auxiliar de turno sentada en el pasillo justo por fuera de su puerta. Valorada por el médico de guardia, se apreció un traumatismo malar izquierdo. Se solicitó un TC de cráneo sin contraste que reveló la existencia de un hematoma subdural derecho con efecto masa, por lo que se trasladó a UVI (8:30 horas). Se solicitó valoración por el neurocirujano de guardia que descartó la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

- Los reclamantes aportan informe médico-forense de autopsia emitido con ocasión del proceso penal tramitado en relación con el hecho lesivo del cual destacan lo siguiente:

«La causa fundamental de la muerte es compatible con un traumatismo cráneo encefálico, que ocasionó un hematoma subdural hemisférico derecho.

(...) Que se trata de una muerte violenta de etiología médico legal accidental (caída desde la cama)».

- Por último, los reclamantes consideran que, dado que su madre era una mujer de edad avanzada, debilitada por su patología cardíaca y los tratamientos a los que se le estaba sometiendo y que ya había intentado levantarse ese mismo día por sí sola, hecho del que era conocedor el personal sanitario que la atendía, se debieron extremar las precauciones para evitar un hecho lesivo más que previsible, radicando en tal omisión la *mala praxis* médica causante del resultado final.

Por todo ello reclaman una indemnización conjunta de 171.983,96 euros, si bien no se aporta informe pericial que justifique la cuantía indemnizatoria reclamada.

2. También en cuanto a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 26 de diciembre de 2024:

«1. (...) con DNI (...) y 92 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales médicos hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 (sin tratamiento médico desde 2018), estenosis aórtica moderada, estenosis mitral, ictus

isquémico, enfermedad renal crónica, anemia mixta (ferropénica y de enfermedad crónica, en tratamiento con eritropoyetina; hormona producida por el riñón que estimula la formación de eritrocitos/glóbulos rojos, en el caso de la paciente se administraba de forma exógena por su patología renal), hiperparatiroidismo secundario; quirúrgicos apendicectomía, cataratas.

Ingresos en el año 2021 por insuficiencia cardíaca descompensada: junio 2021, julio 2021; 15/07/2021 derivada desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario (SUH en adelante) del Hospital Universitario de Canarias por disnea, disminución de diuresis y mareos dónde permaneció ingresada hasta ser derivada al centro concertado Hospital Universitario (…) ((…) en adelante) el día 20 de julio de 2021.

2. El día 20 de julio de 2021 la paciente ingresó en (…) consciente aunque desorientada en tiempo y espacio, en situación de dependencia para actividades básicas de la vida diaria. Se recoge que se realizaron las valoraciones correspondientes, especificando en el informe de la directora de enfermería de dicho centro, que tras la valoración al ingreso, siguiendo su protocolo de prevención de caídas, se instauró como medida de prevención la colocación de barandillas.

3. Tal como se recoge en el relato de hechos aportados por la parte reclamante, la paciente presentó una evolución sin incidencias significativas durante la primera semana de ingreso, salvo el día 21 de julio que se recoge que se encontraba "semiorientada" y el día 22 de julio que presentó dificultad para dormir, el resto de días en adelante no presentó incidencias significativas.

El día 27 de julio se indicó retirada de la sonda vesical con diuresis positiva dejando constancia de que se seguiría vigilando la diuresis y que "Se le advierte a la paciente que no se levante sola al aseo, tras verla intentarlo en varias ocasiones; se le acompaña al aseo en la tarde, al acostarla se le colocan las barandillas de la cama y se le vuelve a advertir que no se levante sola, se le acerca el timbre y se le indica que siempre llame".

4. La madrugada del 28 de julio de 2021 a las 5:30 horas consta en registro de enfermería que la paciente fue encontrada por la auxiliar en turno sentada en el pasillo delante de su habitación a la que la paciente le dijo "mira lo que me pasó, me caí". En ese momento acostaron a la paciente y avisaron al médico de guardia que la valoró presentando estabilidad clínica y hemodinámica (PA 135/80 mmHg, FC 78 lpm, SatO2 96%, Glasgow Coma Score 15 (GCS en adelante; es una herramienta para medir el nivel de conciencia de una persona que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico, puntuación de 3-coma a 15-alerta), aunque objetivando hematoma malar por lo que se indicó la colocación de gafas nasales, sueroterapia y realización de TC craneal para estudio de la paciente que había presentado un traumatismo craneoencefálico, concluyendo dicho estudio "Examen compatible con hematoma subdural agudo expansivo frontotemporoparietal derecho con herniación uncal y falciforme".

En el traslado al Servicio de Radiología la paciente presentó un empeoramiento clínico con disminución del nivel de conciencia (GCS 3) sin respuesta a estímulos por lo que se trasladó a la Unidad de Vigilancia Intensiva dónde fue valorada por el Servicio de Neurocirugía desestimando el tratamiento quirúrgico por su edad, estado basal y comorbilidades. A las 11:30 horas se iniciaron medidas de reanimación básica sin éxito, ocurriendo el éxitus a las 12:04 horas».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 14 de marzo de 2022 en el ámbito del SCS.

2. Con fecha 15 de marzo de 2022 se notifica a los interesados requerimiento a fin de que, en el plazo de diez días, completen su reclamación. El citado requerimiento es debidamente cumplimentado con fecha 22 de marzo de 2022.

3. Con fecha 25 de marzo de 2022 se dicta Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se admite a trámite la reclamación de los interesados y se suspende el procedimiento por hallarse causa penal pendiente y hasta la finalización de las actuaciones judiciales.

4. Con fecha 30 de marzo de 2022, los interesados remiten copia del Auto de sobreseimiento libre, número 534/2021, de 25 de septiembre, dictado por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 3 de Puerto de la Cruz.

5. Con fecha 30 de marzo de 2022 se dicta Resolución de la Secretaría General del SCS por la que se alza la suspensión del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

6. Con fecha 31 de marzo de 2022, el Servicio de Normativa y Estudios del SCS solicita informe al SIP.

7. El 27 de abril de 2022, por la Directora Gerente de (...), se remite escrito en el que interesa se le comuniquen todas las actuaciones en relación con el procedimiento de responsabilidad patrimonial y propone, como medio de prueba, documental consistente en tener por reproducidos los documentos obrantes en la historia clínica y los informes emitidos.

8. Con fecha 8 de agosto de 2022, los reclamantes interesan el impulso del procedimiento.

9. Con fecha 15 de noviembre de 2022, los reclamantes instan certificación acreditativa de silencio administrativo positivo del procedimiento.

10. Con fecha 26 de abril de 2023 se emite por la Directora del SCS certificación acreditativa de silencio administrativo desestimatorio en el presente procedimiento.

11. Con fecha 26 de diciembre de 2024 se emite informe por el SIP. El informe del SIP se acompaña de la historia clínica de la paciente y del informe de la Directora de Enfermería de (…) Norte de 1 de mayo de 2022, que a su vez incorpora el Protocolo de prevención de caídas hospitalarias de (…).

12. Con fecha 15 de enero de 2025, se dicta Acuerdo sobre período probatorio, admitiendo a trámite la documental propuesta por los interesados e incorporando los informes recabados por la Administración en el período instrucción. En la misma fecha se otorga trámite de audiencia a los interesados, que no presentaron alegaciones.

13. Por último, el 18 de febrero de 2025, se formuló la Propuesta de Resolución sometida a Dictamen.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por los herederos de (...), puesto que el órgano instructor considera que la actuación sanitaria fue adecuada.

2. En relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, 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 con 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».

3. En el Dictamen 689/2024, de 28 de noviembre, manifestábamos:

«A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general procede afirmar en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la lex artis como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

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

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

4. En el presente asunto, los interesados reclaman porque consideran que el accidente que padeció su madre se debió a la falta de atención y la inadecuación de medidas de seguridad que se le dispensaron durante su ingreso y estancia en (...).

En el informe del SIP sobre esta cuestión se afirma lo siguiente:

«CONSIDERACIONES

1- En la valoración al ingreso en (...) se siguió el protocolo de prevención de caídas hospitalarias en el que se valoran factores de riesgo extrínsecos (iluminación, mobiliario, ausencia de elementos de sujeción (...)) e intrínsecos (patologías que afecten a la movilidad y al equilibrio, alteraciones sensitivas, nivel de conciencia, medicación (...)) para establecer las medidas de prevención oportunas en cada caso concreto dirigidas a corregir esos factores, así como medidas de protección o sujeción terapéutica entre las que se encuentran la contención y el uso de barandillas. Los protocolos de prevención de caídas van dirigidos a los factores extrínsecos o modificables que pueden ser tratables o mejorables durante el tiempo de estancia previsto.

La Escala de Downton o escala de riesgo de caídas es un sistema de evaluación de los pacientes para determinar cuánto de probable es que un paciente sufra una caída con la finalidad de prevenirla. Evalúa distintas variables pudiendo dar un resultado final de 0 a 14 puntos, de manera que si la puntuación es superior a tres se considera que existe riesgo de caídas y por tanto se debe elaborar un plan de cuidados teniendo en cuenta medidas de prevención de caídas. Si realizamos esta escala teniendo en cuenta la situación de la paciente tenía al menos tres puntos por lo que estaba indicado establecer medidas de prevención [1]. En este caso, tras la valoración de la paciente se determinó que por el riesgo de caídas se debía emplear como medida de protección el uso de barandillas quedando establecido en el protocolo que deben estar siempre elevadas y se debe colocar la sujeción cuando se encuentre solo o con poca vigilancia.

Cabe hacer mención a las contenciones mecánicas, la otra medida de protección recogida en el protocolo de caídas, que son dispositivos o técnicas utilizadas para restringir el movimiento de pacientes para prevenir daños a sí mismo u otros manteniendo su seguridad y bienestar, sin embargo a lo largo de la historia han sido objeto de debate debido a sus posibles impactos negativos en la calidad de la atención centrada en el paciente y sus derechos, por lo que la decisión de aplicar esta medida debe basarse en una evaluación exhaustiva del paciente y considerar alternativas menos restrictivas siempre que sea posible [2].

A este respecto la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad recoge que se carece de una normativa específica reguladora de las

contenciones a nivel estatal aunque existen algunas normativas autonómicas como la Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias, que recoge en su artículo 11,j el derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización mecánica, restrictiva o sujeción física o tratamiento farmacológico sin prescripción específica facultativa o del equipo multidisciplinar competente, salvo peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas.

Teniendo en cuenta las medidas de protección disponibles, en el caso que nos ocupa y atendiendo a la situación clínica de la paciente sin presencia de peligro inminente para su seguridad física ni de terceras personas, no estaba justificado establecer ninguna medida de contención, por tanto se considera adecuada la valoración realizada al ingreso siguiendo el protocolo de prevención de caídas hospitalarias estableciendo como medida de prevención el uso de barandillas, quedando documentado que fueron colocadas en todo momento al dejar a la paciente acostada.

2- La paciente fue encontrada por la auxiliar clínico sentada en el pasillo fuera de la habitación. No se dispone de información adicional para dilucidar si la caída fue desde la cama o desde su propia altura al ir caminando desde la cama hacia afuera de la habitación, salvo el informe de la autopsia en el que se recoge que la caída fue desde la cama, sin entrar en detalles al respecto. Por el contrario, atendiendo a la realidad documental disponible se registra que se deja a la paciente acostada con las barandillas colocadas y el timbre a su alcance por si precisaba avisar.

3- En la reclamación se alega que no hubo vigilancia entre las 3:26 horas que se colocó la barandilla y las 5:30 horas que encontraron a la paciente en el pasillo, esto es dos horas después. En los centros hospitalarios se realizan turnos para hacer rondas, como se indica en el informe de la directora médica "al dar la ronda la auxiliar en turno la encontró sentada (...) ", sin embargo pudo haber pasado personal sanitario en ronda durante esas dos horas sin registrar incidencias siendo posible que la caída tuviese lugar cerca de la hora en la que se encontró a la paciente dado que en ese momento se encontraba consciente con un GCS 15 que se deterioró en las horas posteriores.

CONCLUSIONES

1) En la valoración al ingreso en (...) el 20 de julio de 2021 se estableció que la paciente presentaba riesgo de caídas por lo que siguiendo el protocolo de prevención de caídas hospitalarias de dicho centro se estableció como medida preventiva el uso de barandillas, por tanto, la actuación fue adecuada.

2) El día 27 de julio de 2021 la paciente comenzó a deambular, siempre acompañada por personal sanitario que dejaba a la paciente acostada con las barandillas puestas y el timbre a su alcance por si precisaba avisar al personal del centro, es decir, se brindó una atención adecuada y acorde a su situación clínica.

3) La paciente fue encontrada sentada y consciente, siguiendo en ese momento el protocolo de actuación frente a las caídas con traumatismo craneoencefálico, sin embargo éste fue originado por un accidente desafortunado que en contexto de su situación clínica y basal finalmente ocasionaron la muerte de la paciente, sin que haya constancia de una mala praxis médica en su atención y aplicación de los protocolos de actuación en la prevención y manejo de caídas hospitalarias, por tanto no se considera la existencia de vulneración de la lex artis».

5. Asimismo, en el informe de la Directora de enfermería de (…) se afirma, acerca de los cuidados dispensados a la afectada:

«Durante su ingreso, los cuidados brindados por parte del equipo de enfermería fueron los correctos: higiene y medidas de confort, alimentación, administración de fármacos, realización de los procedimientos que le correspondían, controles de glucemia, todo lo indicado en cada momento por su especialista, y como medida de contención se instauró, tras su valoración al ingreso, y siguiendo nuestro protocolo de prevención de caídas, la colocación de barandillas.

Durante su ingreso fue portadora de sonda vesical, la cual se le retiró la tarde del 27 de julio, indicando a la paciente que no se levantara sola al baño tras verla intentarlo en varias ocasiones. Se le acompañó durante toda la tarde al aseo, las veces que lo necesitó, dejándola acostada tras cada micción, y dejándole las barandillas colocadas en cada ocasión, además advirtiéndole que no se levantara sola y que tocara el timbre para avisarnos (timbre que siembre quedaba colocado a su alcance)».

6. En el presente supuesto, la Administración sanitaria considera que a la paciente se le dispensó la atención y cuidados que su estado de salud requería, siendo atendida y visitada por el personal sanitario de forma regular y adecuada, instaurándose las medidas de seguridad correspondientes a su estado, -consciente y alerta, si bien adolecía de cierta desorientación temporal y espacial- a partir del momento en el que se le retiró la sonda vesical y tuvo que acudir al aseo con cierta regularidad, lo cual hacía acompañada del personal sanitario, que le indicó en más de una ocasión que no se moviera de la cama sin la ayuda de ellos.

De lo expuesto se desprende que nos hallamos ante un hecho accidental, impredecible y difícilmente evitable pues pese a contar el centro con personal cualificado suficiente, que cumplió correctamente con sus funciones y adoptó las medidas de vigilancia de la paciente, no se pudo impedir el accidente de (...).

Por ello se considera, en unión de criterio con la Propuesta de Resolución, que hubo un correcto funcionamiento del servicio sanitario, sin que sea razonablemente exigible una mayor intensidad en su prestación, lo que implica que si bien el hecho

se produjo en su ámbito de actuación, el mismo se produjo de forma ajena al normal y adecuado funcionamiento del mismo.

7. Por otro lado, los interesados no han aportado prueba alguna que demuestre que la actuación sanitaria fue contraria a la *lex artis;* no han probado que hubiera desatención por parte del personal sanitario, ni que las medidas no hubieran sido las correspondientes al estado de salud y condiciones de la afectada.

En el Dictamen de este Consejo Consultivo 600/2024, de 21 de octubre, entre otros muchos, señalábamos:

«5. En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, que: « (…) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es 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 de 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)».

Esta doctrina resulta ser plenamente aplicable al presente asunto y permite afirmar que no se ha demostrado la existencia de relación de causalidad entre el actuar administrativo y el daño reclamado por los interesados, procediendo la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina favorablemente la Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada, en virtud de las razones expuestas en el Fundamentos IV del presente Dictamen.