

En Logroño, a 22 de junio de 2022, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz, y de los Consejeros D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D^a Amelia Pascual Medrano y D^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, y siendo ponente D^a Amelia Pascual Medrano, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

27/22

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a T., D^a M. A. y D. P.M.M., por los daños y perjuicios causados por el fallecimiento de su hermano, D. C.M.M., tras una caída fortuita mientras estaba ingresado en el Hospital San Pedro de Logroño; y que valoran finalmente en 52.309,53 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Por medio de Letrada (cuya identidad y representación consta debidamente acreditada en el expediente), los citados reclamantes formularon la expresada reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, mediante escrito, que fue registrado en la Oficina auxiliar de registro de la Consejería de Salud el 1 de marzo de 2021, en la que narra los siguientes hechos en los que funda su reclamación:

La muerte del paciente ocurrió en el propio Hospital San Pedro a consecuencia de una caída fortuita el 24-01- 2019 a las 15:30 horas, habiéndose levantado para ir al baño y mientras el paciente estaba ingresado en la planta del Servicio de Neurología desde el 05-01-2019, y a la espera de ser trasladado al HOSPITAL VALVANERA para iniciar un programa de rehabilitación según se decidió el 10-01-2019.

El personal sanitario encontró al paciente tumbado en su cama, con una herida sangrante localizada en la ceja derecha que requirió varios puntos y un fuerte golpe a la altura del hombro cuyo

diagnóstico fue de fractura de clavícula derecha. A los 4 días fue ingresado en la Unidad de Medicina Interna con un hematoma subdural extenso.

Debido a la etiología violenta del exitus y a petición del propio centro hospitalario se le practicó la Autopsia en donde se establece que la causa del fallecimiento es el hematoma subdural causado por hemorragia subaracnoidea tras la caída sufrida.

Estos hechos fueron denunciados por los familiares, incoándose las Diligencias Previas núm. 113/2019 del Juzgado de Instrucción n ° 2 de Logroño, que fueron archivadas mediante Auto de 2 de julio de 2020, que no fue recurrido.

El objeto de las actuaciones era determinar si había existido responsabilidad profesional penal al no haber realizado al paciente un TAC para valorar las consecuencias del golpe en la cabeza (TCE), hasta el 28 de enero de 2019 pese a que el lesionado tenía pautados antiagregantes. El instituto de Medicina Legal de La Rioja decidió que no, tras examinar el "Protocolo del Paciente con TCE LEVE en Urgencias" que se maneja en el Hospital San Pedro, pero sin contar con la historia clínica completa del paciente, pues no se requirió a través del Juzgado.

El paciente era un hombre que se había caído varias veces extrahospitalariamente y proclive al accidente cerebro vascular (ACV). habiendo sufrido un ICTUS con caída sobre uno de sus brazos, que provocó este ingreso hospitalario, acordándose un plan de rehabilitación por registrarse problemas de movilidad de los globos oculares que provocaban problemas de visión y mareo, con el lenguaje alterado, así como de su patrón motor, y pérdida de fuerza en extremidades derechas. Estos problemas, como consta en el informe de Alta del Servicio de Neurología, persistían como secuela y se esperaba que remitieran en el Hospital de Valvanera.

La familia pidió la historia clínica completa el 30-11-2020, entregándoseles más o menos lo que ya tenían, salvo el INFORME DE VIGILANCIA Y CONTROL DE CAJDAS, firmado el 29-01-2019. En él se describe al paciente como DESORIENTADO, DEPENDENTE y con DÉFICIT MOTOR. Y que se ha producido la caída "al ir al wc por trastorno motor".

Los reclamantes (precitados), hermanos del fallecido, fueron declarados herederos en el Acta de Notoriedad e 4 de abril de 2019, tramitada por el Notario del Ilustre Colegio Notarial de La Rioja, D. M.P.R.

A la citada reclamación se adjunta diversa documentación acreditativa de las Diligencias Penales a las que se ha hecho referencia, de la asistencia prestada y del parentesco de los reclamantes con la fallecida (Certificado de fallecimiento; Acta notoriedad nombrando herederos; Informe de Autopsia judicial; Denuncia perjudicados; Auto de archivo; Informe forense sobre preguntas policiales; Historia Clínica; Antecedentes caídas del paciente; Solicitud Historia Clínica; e Informe de Vigilancia y Control de Caídas).

De dicha documentación, cabe destacar el informe, de 25 marzo de 2019, emitido por el Médico Forense en el seno de las Diligencias previas (núm. 113/2019) incoadas y

archivadas por el Juzgado de Instrucción núm. 2 de Logroño, del que extraemos los siguientes párrafos:

A este respecto es necesario remitirse al protocolo de "Atención 'de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencias. Criterios de ingreso en la UCE" del Hospital San Pedro, a los efectos de determinar si el Traumatismo y el estado clínico presentados por el Sr. M. le hacían susceptible de ser considerado paciente de riesgo.

*En dicho protocolo, entre **los criterios de riesgo** en casos de TCE se describen los grupos de pacientes en los que se ha comprobado una mayor incidencia de complicaciones **traumáticas sin que ninguna de tales premisas se observe en el caso del Sr. M.***

***Respecto a la indicación para la realización de un TAC craneal tampoco se objetivan en el paciente ninguna de las situaciones que, siguiendo el protocolo de actuación del Hospital, lo hacen recomendable.** Y es aquí donde cabe citar que "con gran frecuencia el médico que atiende a estos pacientes indica exploraciones neurorradiológicas innecesarias" (1), y sirva a mayor abundamiento que aunque hubo quien sugería que "La TC craneal debe realizarse en todos los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico Leve y Tratamiento Anticoagulante Oral o Tratamiento Antiagregante Plaquetario, aún en ausencia de déficits neurológico o sin pérdida de conocimiento. Sin embargo, incluso una TC craneal normal no descarta la aparición posterior de Hemorragia Intracraneal Tardía" (2).*

CUARTA: Si se hubiese tenido que actuar con él siguiendo las precauciones especiales en caso de pacientes en tratamiento con anticoagulantes.

A este respecto, es necesario remitirse al protocolo de "Atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencias. Criterios de ingreso en la UCE", en el que se especifica como criterio de riesgo de complicaciones postraumáticas la existencia de "Coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes" no dándose ninguno de los dos supuestos -ni ningún otro de los contemplados-en el Sr. M."

*Concretando para el presente caso, si bien resulta cierto que además de otros factores ya conocidos, la terapia antiagregante comienza a desvelarse como un factor de riesgo de sangrado intracraneal tras Traumatismo Craneoencefálico leve, **"actualmente ningún protocolo incluye la toma de antiagregantes como criterio independiente a la hora de solicitar una TC tras TCE leve, salvo la guía escandinava si se asocia a edad avanzada"** (3), criterio este último que tampoco se da en el presente caso.*

Por todo ello, cabe desprender que la actuación médica realizada se ajustaba al protocolo "Atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencias. Criterios de ingreso en la UCE" del Hospital San Pedro de Logroño, que no difiere de otros protocolos en cuanto a que no incluyen la toma de antiagregantes como criterio independiente por el que solicitar una prueba de TAC tras un TCE leve.

Como ya se ha adelantado, el Juzgado de Instrucción, mediante Auto de 2 de julio de 2020, decretó el sobreseimiento provisional de la causa «*entendiendo que no hay indicio*

delictivo, siendo la actuación médica realizada ajustada al protocolo “Atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencia. Criterios de ingreso en la UCE” del Hospital San Pedro».

El aludido protocolo, que consta en el expediente (fols. 111 y ss.), prevé unos grupos de pacientes en los que se ha comprobado un mayor riesgo de complicaciones postraumáticas:

- *Coagulopatías o tratamiento con anticoagulantes.*
- *Intoxicación por depresores de SNC (alcohol, drogas) cuando éstos interfieran en la valoración neurológica.*
- *Ancianos incapacitados.*
- *Antecedentes neuroquirúrgicos cerebrales.*
- *Pacientes demenciados.*
- *Pacientes epilépticos en estado poscrítico o epilepsia postraumática.*

Y recomienda solicitar TAC cerebral a los pacientes que sufran un TCE y presenten o hayan presentado alguna de las siguientes situaciones:

- Glasgow <15.*
- Pérdida transitoria de conciencia.*
- Amnesia postraumática (durante más de 30 minutos).*
- Cefalea progresiva o cefalea incoercible.*
- Vómitos repetidos (> 1).*
- Convulsión postraumática.*
- Déficit neurológico focal.*
- Sospecha de fractura craneal.*
- Criterios de riesgo.*

Segundo

En fecha 2 de marzo de 2021, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, se nombra Instructor del mismo y se comunica a los reclamantes, en la persona de su representante, diversa información relativa a la instrucción del mismo.

Tercero

En la misma fecha, se requieren a la Dirección del Área de Salud Hospital San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existan de la atención prestada al paciente, su historia clínica —relativa a la asistencia objeto de reclamación—, el informe de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada y, en particular, el Protocolo de Prevención de Caídas (PPC) que se aplique en el HSP.

Consta igualmente en el expediente la comunicación de la reclamación a la aseguradora con la que el SERIS tiene contratada la póliza de responsabilidad civil.

Con fecha 8 de mayo de 2021 se remite de la citada Área la documentación solicitada, que se ha incluido en el expediente. Se adjunta también el Protocolo de atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de Urgencias de 2011.

Cuarto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la Inspección médica, de 30 de agosto de 2021, cuyas conclusiones son las siguientes:

“1ª.-Aunque no figura un registro concreto de las medidas a aplicar ante el riesgo de caída que presentaba el paciente, sí que consta haberse tenido en cuenta dicho riesgo y actuarse en consecuencia, tal y como se deduce de las sucesivas notas evolutivas de enfermería que quedan reflejadas en su historia clínica a lo largo del ingreso en las que se mencionan las diferentes medidas de contención mecánica que le fueron aplicando según su estado, sujeciones que en ocasiones consiguió retirar para incorporarse y pese a las cuales no se pudo evitar que sufriera una caída accidental.

2ª.- La atención prestada tras la caída accidental que presentó encontrándose ingresado, en la que sufrió un TCE leve, fue acorde al protocolo de actuación existente en el Hospital San Pedro, no existiendo criterios por los que estuviera indicado el realizarle un TAC craneal en ese momento, tal y como desde el propio Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de La Rioja se concluye. No presentaba ningún signo o síntoma neurológico de alarma ni criterios de riesgo, incluyendo la medicación pautada, que recomendaran la realización de ningún estudio añadido (TAC), señalando, por otra parte, que al seguir ingresado iba a continuar en periodo de observación.

3ª.-En el momento en el que presentó signos agudos de deterioro neurológico se procedió a realizarle el estudio radiológico que correspondía evidenciando una hemorragia cerebral que finalmente le ocasionó la muerte.

Por lo expuesto, y pese a que la evolución del paciente no haya sido la esperada y haya fallecido como consecuencia de una complicación surgida tras una caída mientras permanecía ingresado, no se puede considerar que la asistencia sanitaria que le fue prestada no haya sido ajustada a la lex artis”.

Quinto

Por su parte, el informe pericial (6 de septiembre de 2021), emitido a instancia de la aseguradora del SERIS, concluye que “*La praxis en relación al manejo del paciente D. C.M.M. en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja con relación al TCE sufrido se considera que no fue acorde a la Lex artis ad hoc*”, sobre la base las siguientes conclusiones parciales:

“1. El paciente sufrió un TCE no presenciado, por lo que no se puede saber si hubo o no pérdida de conciencia ni la puntuación inicial en la escala de Glasgow.

2. El paciente presentaba factores de riesgo para desarrollar complicaciones hemorrágicas (alcoholismo crónico y tratamiento antiagregante).

3. Debería haberse solicitado un TAC el día del traumatismo.

4. No podemos asegurar que se tratase de un TCE leve pues no fue presenciado y no consta una exploración neurológica inicial, por lo que no podemos saber si cumplía criterios de TCE leve (GCS 14-15). Por tanto, no se puede afirmar que se cumpliera el protocolo pues no tenemos constancia del que hubiese que aplicar fuera el de TCE leve”.

Sexto

Mediante escrito registrado el 4 de octubre de 2021, la representante de los reclamantes solicita, detectado un error material, la rectificación de la cuantificación de la reclamación, quedando ésta en 52.309, 53 euros.

Séptimo

Notificado a la representante de los reclamantes el trámite de audiencia, ésta presentó un escrito de alegaciones el día 7 de enero de 2022.

Octavo

Por Resolución de 9 de febrero de 2022 se sustituye al instructor nombrado inicialmente por el funcionario J.C.G.L., en atención a la prolongada ausencia justificada del primero.

Noveno

En fecha 21 de febrero de 2022, se formula la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al

funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios. La misma es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos el 5 de abril de 2022.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 5 de abril de 2022 y registrado de entrada en este Consejo el 12 de abril de 2022, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 13 de abril de 2022, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo

solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad de 52.309,53 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPAC'15 dispone que aquél deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPAC'15.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1, 139.2 y 141.1 LPAC'92), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones

públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos, la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria es una obligación *de medios* y no *de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

2. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

3. Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general (consignado, por ejemplo, en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010, R. casación 2985/2006).

Tercero

Sobre la no existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario, el funcionamiento del servicio público (que es criterio positivo de imputación que, con carácter general, utiliza el ordenamiento) consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado respecto a cada paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y a la atención sanitaria (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los arts. 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios y no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*.

2. En la presente reclamación se imputa a la Administración sanitaria dos infracciones de la *lex artis ad hoc* (que se abordan separadamente en los números 3 y 4 de este mismo fundamento), en la asistencia sanitaria de un paciente de 62 años de edad, con enolismo crónico, fumador de 2 paquetes/día, ingresado en la planta de neurología del HSP el día 5 de enero de 2019 por un diagnóstico de ictus hemiprotuberencial izquierdo de origen aterotrombótico.

Desde esa fecha, el paciente había permanecido ingresado en el HSP, a la espera de su traslado al Hospital de Convalecencia Valvanera para continuar con su tratamiento rehabilitador y, por lo que ahora interesa, en su tratamiento tenía pautada la toma de un antiagregante (Adiro 300 mg).

El 24 de enero de 2019, sin testigos presenciales, se levanta para ir al baño y sufre una caída fortuita sobre las 15:30 horas, que le provoca una herida en la frente que requirió 4 puntos de sutura y una fractura en la clavícula derecha. Tras la caída, el paciente volvió a meterse en la cama por sus propios medios y el personal de enfermería se lo encuentra ahí a las 16 horas. Esa caída se califica de traumatismo craneoencefálico leve (TCE leve).

El 28 de enero, tras un empeoramiento (Escala Glasgow 6) se realiza un TAC craneal (con resultado de hematoma subdural) e ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva, donde su estado empeora y, desgraciadamente, fallece el 30 de enero de 2019.

3. En primer lugar, se entiende que la caída sufrida por el paciente el 24 de enero de 2019 en su habitación, se debe a una incorrecta aplicación del “*Protocolo de prevención de caídas (NIC 6490) en pacientes mayores de 14 años en el medio hospitalario*”.

No es esta, sin embargo, la conclusión que, a juicio de este Consejo, cabe extraer del examen de las notas evolutivas de enfermería que se reflejan en la historia clínica. De éstas tal y como subraya el informe de la Inspección Médica, se deduce que se ha tenido en cuenta el riesgo de caída y se ha actuado en consecuencia a la vista de su evolución (“*se mencionan las diferentes medidas de contención mecánica que le fueron aplicando según su estado, sujeciones que en ocasiones consiguió retirar para incorporarse y pese a las cuales no se pudo evitar que sufriera una caída accidental*”).

De hecho, a pesar de que el 21 de enero de 2019, vista su evolución, se decide limitar la contención mecánica a los momentos en los que el paciente esté sentado en el sillón, no se produce ningún incidente hasta la desafortunada caída del día 24.

De otra parte, debe subrayarse especialmente que, en ningún momento, se ha cuestionado la capacidad mental del paciente para tomar decisiones y hacerse cargo de su situación. Es más, en sentido inverso, en su exploración el día de ingreso (5 de enero de 2019), se consigna un estado “*consciente y alerta*”, y en el Informe de Alta del Servicio Neurología, de 10 de enero de 2019 (donde se solicita el traslado al Hospital de Convalecencia y se prescribe una próxima cita en el plazo de 3 meses en consultas externas de neurología), se describe también al paciente como “*consciente y orientado*”, mención que se repite en la nota evolutiva del 12 de enero de 2019, sin que las siguientes reflejen ningún cambio sobre este particular.

Lo anterior no queda, además, a nuestro juicio, desvirtuado por el hecho de que, tal y como se subraya en la reclamación, el Informe de Vigilancia y Control de Caídas califique el estado del Paciente de “*Consciente; desorientado*”. Y es que dicha valoración es posterior a la de la caída y, de hecho, es lo que motiva la decisión de usar en adelante sujeción mecánica cuando el paciente esté sólo.

Finalmente, tampoco consta que la caída se deba al mantenimiento de las instalaciones, por la presencia de obstáculos, cables, desniveles o banzos, ni por estar el suelo mojado, o resbaladizo.

En suma, en la situación descrita, cabía esperar del paciente un comportamiento normal y razonable, lo cual eludiría tener que realizar una diferente valoración del riesgo de caída existente.

La caída sufrida puede imputarse, por tanto, al propio paciente o al “*riesgo general de la vida*”, criterios éstos de imputación negativa. La Administración queda así exonerada de responsabilidad, dado que la intervención o conducta de la propia víctima ha sido

determinante del daño sufrido o, simplemente, resulta del acontecer normal de la existencia y de los riesgos generales de la vida inherentes al comportamiento humano

La Administración, como venimos reiterando, no es una aseguradora universal y no debe responder de acontecimientos ordinarios con una vinculación puramente circunstancial con la prestación del servicio público (riesgo general de la vida), ni de aquellos en los que la actuación de la propia víctima cobra una importancia capital en el desarrollo de los hechos.

4. En segundo lugar, se denuncia que la atención sanitaria dispensada fue defectuosa al no haberse realizado al paciente tras su caída un TAC craneal, a pesar de que tenía pautado en su tratamiento farmacológico un antiagregante.

Tampoco, en ese caso, a juicio de este Consejo, del expediente aportado cabe considerar probado que la no realización de dicha prueba diagnóstica inicial constituya una infracción de la *lex artis ad doc*.

En primer lugar y, sobre todo, por la declaración del Auto de sobreseimiento provisional. Conforme al artículo 37.2 LSP'15 la exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones no suspende los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En igual sentido, la pendencia de un procedimiento penal no tendría que interrumpir el plazo de prescripción de la acción. Si se admite, como aquí acontece, que el previo procedimiento penal interrumpe el plazo de acción es por el inciso final del propio artículo 37.2 *“salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial”*. Es decir, en este caso estamos aceptando que la fijación de los hechos en el orden penal podía ser necesaria para fijar la responsabilidad patrimonial de la Administración. Otra interpretación llevaría a entender que la reclamación fue interpuesta fuera de plazo.

Esa opción hace que los hechos declarados probados en instancias penales tengan un valor especial. Ya se ha resaltado antes que el Auto de sobreseimiento de 2 de julio de 2020 dice: *“no hay ningún indicio delictivo, siendo la actuación médica realizada ajustada al protocolo de Atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencia. Criterios de ingreso en la UCE del Hospital San Pedro”*.

Ciertamente, el sobreseimiento fue provisional, lo que no impide reabrir la causa y tiene un valor inferior al sobreseimiento libre (arts. 634 y ss de la LECrim). El sobreseimiento libre despliega efectos de cosa juzgada iguales a la sentencia absolutoria (STC 21/2000). Un sobreseimiento provisional no tiene esa fuerza, no obstante, la Sentencia de la Audiencia Nacional de 14 de marzo de 2012 (recurso 1656/2009, FJ 3) entiende que

los razonamientos del sobreseimiento provisional y los elementos de juicio usados para alcanzar ese archivo deben tenerse en consideración en el procedimiento de responsabilidad patrimonial: *“...ha de reconocerse que la responsabilidad penal, conectada con la imprudencia de los profesionales, no es equiparable a la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene diferentes fundamentos y requisitos, pero, habida cuenta de la identidad del soporte fáctico de la denuncia y de la demanda, tampoco cabe ignorar los razonamientos expresados por los órganos judiciales de la jurisdicción penal para acordar el sobreseimiento provisional de las diligencias previas, al igual que deben tenerse presente los informes, ratificaciones, declaraciones y demás elementos contenidos en dicha causa...”*.

En segundo lugar, los reclamantes, por un lado, no han aportado prueba adicional en apoyo de las manifestaciones que contiene su escrito de reclamación. Por el otro, a pesar de que el informe de PROMEDE, sustenta la viabilidad en parte de ésta, obran también en el expediente diversos informes que contradicen suficientemente —tal y como detallaremos seguidamente— dichas manifestaciones, motivo por el que debemos desestimar la misma, sin perjuicio de que, en un hipotético procedimiento judicial, pueda aportarse prueba pericial que contraríe lo manifestado por nosotros en el presente dictamen.

Las consideraciones que nos llevan a la anterior conclusión son, en esencia, las siguientes:

A) El informe del Médico Forense, que firman dos facultativos (uno de los cuales realizó también la autopsia forense) es claro en su determinación de que la actuación médica realizada se ajustó al protocolo de *«"Atención de pacientes adultos con TCE leve en el servicio de urgencias. Criterios de ingreso en la UCE" del Hospital San Pedro de Logroño, que no difiere de otros protocolos en cuanto a que no incluyen la toma de antiagregantes como criterio independiente por el que solicitar una prueba de TAC tras un TCE leve»*. Igualmente, descarta, en el supuesto que nos ocupa, que concurriera algún otro de los criterios de riesgo a los que dicho protocolo vincula la realización de un TAC.

Por lo demás, esta actuación conforme al protocolo se reitera, tal y como hemos ya visto, en el Auto judicial de 2 de julio de 2020.

B) El informe de la Inspección Médica entiende asimismo que *“La atención prestada tras la caída accidental que presentó encontrándose ingresado, en la que sufrió un TCE leve, fue acorde al protocolo de actuación existente en el Hospital San Pedro, no existiendo criterios por los que estuviera indicado el realizarle un TAC craneal en ese momento”*. El paciente *“No presentaba ningún signo o síntoma neurológico de alarma ni criterios de riesgo, incluyendo la medicación pautada, que recomendaran la realización de ningún*

estudio añadido (TAC), señalando, por otra parte, que al seguir ingresado iba a continuar en periodo de observación”.

Por el contrario —continúa el informe— *“En el momento en el que presentó signos agudos de deterioro neurológico se procedió a realizarle el estudio radiológico que correspondía evidenciando una hemorragia cerebral que finalmente le ocasionó la muerte”.* Cabe, por lo demás, subrayar que el informe constata que *“incluso una TC craneal normal no descarta la aparición posterior de Hemorragia Intracranial Tardía”.*

C) Como adelantábamos, el elemento de discrepancia se contiene en el informe de PROMEDE, de 6 de septiembre de 2021, que concluye en que se ha producido en este caso una infracción de la *lex artis*. Ahora bien, de cara a su valoración ponderada este Consejo entiende que deben tenerse presentes los siguientes aspectos:

- i) Que toma en consideración protocolos (*Canadian CT Head Rule* y *New Orleans Criteria*) distintos al que rige en el HSP.
- ii) Que reconoce que *“no existe un grado de recomendación claro”*, aun cuando diversos estudios demuestran que la toma de antiagregantes aumenta significativamente el riesgo de complicaciones intracraneales y en muchos centros se realizan por ello un TAC sistemático en pacientes incluso con traumatismo craneal leve que estén tratados con estos medicamentos.
- iii) Que el informe del Médico Forense se hace eco también de que la terapia antiagregante *“comienza a desvelarse como un factor de riesgo”*, pero señala que, *actualmente*, ningún protocolo lo incluye como criterio independiente, salvo la guía escandinava si se asocia a edad avanzada, criterio éste último que tampoco se daba en este caso.
- iv) Y que su juicio técnico descansa, especialmente, en el hecho de que *“no consta en la historia puntuación en la escala Glasgow inicial”* y una *“exploración neurológica inicial”*, de manera, por tanto, que no podía saberse si cumplía los criterios de TCE leve (Glasgow 14-15) y si el protocolo que debía aplicarse era el de TCE leve. Ello, no obstante, queda refutado —como veremos a continuación— en un informe de 29 de marzo de 2021 del Servicio de Neurología, al que desconocemos si tuvo acceso —parece que no— la perita designada.

D) Enlazando, en efecto, con el apartado clave anterior, tiene una particular relevancia en nuestra decisión el informe de 29 de marzo de 2021, firmado conjuntamente por 3 neurólogos del Servicio y un enfermero.

En él se afirma que, tras la caída, el paciente *“Fue valorado por la neuróloga que estaba de guardia. **No presentó pérdida de conciencia, Glasgow 15; el paciente refería los hechos con claridad; no presentaba cefalea u otros síntomas neurológicos; no vomitó ni presentó convulsiones. No presentó otra focalidad neurológica en la primera valoración ni en las horas posteriores; la exploración neurológica no experimentó cambios**”*.

Al día siguiente —continúa—, mantenía el *“**nivel de conciencia (Glasgow 15)**”* y no hubo alteraciones en su situación neurológica los días 26 y 27 de enero. Fue así, únicamente, el día 28 el momento en el que *“**presentó disminución del nivel de conciencia**”*. Fue valorado por la neuróloga de guardia y se pidió TAC craneal. Los resultados se cotejaron con el Hospital de Santiago de Vitoria que desestimó la intervención quirúrgica, ingresando en la Unidad de Medicina Intensiva del HSP.

*“En resumen —concluye el informe— es un paciente que sufre un **traumatismo craneoencefálico, sin alteración del nivel de conciencia (escala Glasgow 15) al inicio y en las horas/días posteriores, sin amnesia de lo ocurrido, sin crisis, ni focalidad neurológica, estando en tratamiento antiagregante, no anticoagulado, vigilado en hospitalización**”*.

A la vista del contenido de este informe, parece claro que la omisión del TAC no puede considerarse una infracción de la *lex artis*, ni siquiera en la interpretación más rigurosa contenida en el informe de PROMEDE.

Ello no quita, sin embargo, para que, en relación al mismo, dada su sustancial transcendencia, este Consejo quiera advertir de lo siguiente:

—En la nota de evolución médica del día 24 de enero de la neuróloga no se hace constar ninguno de los extremos de interés neurológico ampliamente descritos en el informe expuesto y, en la nota del 25 de enero, sólo consta *“**situación neurológica estable**”*.

A juicio de este Consejo, no dejar constancia expresa de la valoración efectuada se cohonestaba mal con su relevancia en relación a la asistencia que se prestó y es lo que, como hemos visto, provoca dudas en relación a la corrección de la actuación médica llevado a cabo en este caso.

—A ello debemos añadir que no parece tampoco correcto —y quizá debería subsanarse— la firma conjunta de este informe. En él se relata un proceso en el que, ciertamente, en un momento u en otro, han intervenido todos los firmantes, pero, obviamente, no todos han participado o tienen constancia directa de todo su contenido, resultando su firma, en relación con esos aspectos irrelevante e inadecuada.

Por ello, se sugiere que se proceda por cada uno de los firmantes a determinar los pasajes del informe de los que responde y firma (bien por haber intervenido o por tener constancia, por otros medios, de su veracidad), o bien a realizar informes individuales.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, procede desestimar la reclamación formulada, al no haberse acreditado infracción alguna de la *lex artis ad hoc* y no concurrir, por tanto, criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

José Ignacio Pérez Sáenz