



En Logroño, a 27 de junio de 2023, 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. Enrique de la Iglesia Palacios, D^a Amelia Pascual Medrano y D^a Ana Belén Revilla Grande, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, y siendo ponente D. Enrique de la Iglesia Palacios, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

44/23

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja en relación con las *reclamaciones de responsabilidad patrimonial formuladas por los hijos y las hermanas de D^a. A.A.M. por los daños derivados de la asistencia sanitaria y fallecimiento de la paciente por traumatismo craneoencefálico con hemorragias aracnoideas estando ingresada en el Hospital San Pedro de Logroño, daños que valoran en 143.699,29 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. Mediante escrito presentado el 26-11-2021 en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja, D. V., D^a B. y D. E. P.A., hijos de D^a A.A.M., formularon la expresada reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

En su escrito exponen del modo que sigue los hechos en que los que fundan su reclamación:

“1. El día 15 de julio de 2021, sobre las 19:30 horas, D. E. A., viendo que su madre presentaba tos, dificultad respiratoria y fiebre, tras informar y consultar con su hermano D. V.P., decide llamar al 112 solicitando asistencia para su madre. Ya en aquel momento, D. E. informaba que su madre sufría demencia y era dependiente.

2. Tras personarse una ambulancia del 112 en el domicilio de la C/X, el personal sanitario decide trasladar a la paciente al servicio de Urgencias para recibir tratamiento. Nuevamente D. E. informó de la situación de dependencia de su madre y de la necesidad de asistencia permanente.



3. La fallecida fue trasladada en ambulancia al servicio de Urgencias del Hospital San Pedro mientras que su hijo E. le acompañada en vehículo aparte. A la entrada de urgencias se vuelve a repetir por parte de D. E. la misma advertencia, solicitando expresamente acompañarla ya que la paciente tenía Alzheimer y era dependiente. El personal al servicio impidió que el hijo le acompañara manifestándole que le informarían.

4. A las 20:19 h el día 15-7-2021 es asistida en urgencias por el personal médico y de enfermería, quienes comienzan con la exploración, diagnóstico y tratamiento de la fallecida. Es ingresada en una cama de los «boxes de urgencias». Según el informe de asistencia de urgencias aportado a esta reclamación, se le realizan pruebas diagnósticas: hemograma, PCR, gasometría y radiografías de tórax. Se descarta infección por COVID y se constata una simple sobreinfección respiratoria, por lo que a las 02:43h del 16/07/2021 se decide DAR DE ALTA a la paciente a tratar con antibiótico en el domicilio, solicitando desde el servicio una ambulancia para su traslado e informando a los familiares.

5. Tras el Alta a las 02:43 h, a las 03:50 h llegó la ambulancia destinada al traslado de la paciente al domicilio. Al llegar el técnico y el enfermero de la misma al «box» donde se encontraba la paciente descubren que la misma se había caído de la cama y se encontraba, boca abajo, frente a los pies de la cama con un fuerte golpe en la cabeza que resultó ser el trastorno craneoencefálico que determinó su posterior fallecimiento.

6. Ante la gravedad de la caída y las lesiones producidas, se le atiende por el personal médico de urgencias y se contacta con los familiares para informarles de lo sucedido, de la gravedad de las lesiones y de la necesidad de que se trasladaran a urgencias para información en persona, estancia y visita con su madre. De forma literal, la Dra. del servicio de Urgencias que realizó la llamada, D^a L.M.G., manifestó por teléfono a D. E.: «se nos ha caído de lo camilla».

7. Tras la caída se aprecia herida incisa en región ciliar izquierda y hematoma ocular importante. Se realiza una Tomografía Computerizada (TC) cerebral y cervical en el que se detecta "Hiperdensidad de surcos en regiones temporales y frontales bilateral, así como en región parietal derecha en relación con hemorragia subaracnoidea. Parénquima cerebral sin alteraciones. Hematoma subgaleal frontal izquierdo y ocupación parcial del seno maxilar izquierdo con solución de continuidad consistente en fractura en pared del seno, así como ocupación parcial de celdillas etmoidales. A la vista de la gravedad, a las 07:08 h del 16 de julio de 2021 se decide su ingreso hospitalario en el Servicio de Neurología del hospital.

8. El 16/07/2021 a las 14:11 h se le realiza cirugía en su ojo izquierdo consistente en sutura corneal y de conjuntiva.

9. Dada la gravedad e irreversibilidad de las lesiones D^a A. falleció en el Servicio de Neurología del Hospital San Pedro el día 23 de julio de 2021 a las 02:45 h”.

2. En relación con el estado previo de salud y las circunstancias personales de su madre, los reclamantes relatan que D^a A. era una mujer de edad muy avanzada (90 años), que padecía una “enfermedad cognitiva” y se hallaba en una “situación de dependencia que le impedía una vida autónoma” por lo que no vivía sola, sino que “convivía de forma alternativa con sus hijos E. y V. y acudía al centro de Día "Gonzalo de Berceo”:



*“D^a A. tenía 90 años de edad, tenía movilidad reducida, diagnosticado y reconocido en su historial clínico deterioro cognitivo cortical, probable demencia tipo Alzheimer y otra serie de enfermedades y padecimientos obrantes en el historial clínico.
(...)”*

Consta en el historial clínico y demás documentación las siguientes enfermedades y padecimientos de la fallecida, así como las siguientes circunstancias personales:

- Edad 90 años.*
- Deterioro cognitivo cortical, probable demencia tipo Alzheimer desde el año 2017.*
- Desde el primer momento de su asistencia e ingreso en Urgencias se constata que se encontraba desorientada en tiempo y en espacio.*
- Según se constata en los informes de asistencia de urgencias tomaba como tratamiento habitual entre otros: enalapril 10 mg (medicamento hipotensor) y dilutol 5 mg (medicamento diurético).*
- Se trataba de una paciente con movilidad reducida. Se hacía constar como antecedentes la existencia de fractura de cabeza húmero izquierdo. Tenía antecedentes de caídas.*
- Según informe de Atención Primaria tenía glaucoma con principio de catarata y sordera (hipoacusia)”.*

3. Los Sres. P.A. acompañan a su solicitud diversa documentación. En particular: un Informe médico de 2-7-2021 suscrito por la Dra. R.M.A., facultativa de atención primaria del Área de Salud de La Rioja en el que se califica a D^a A. como *“paciente con movilidad reducida debido a la edad y patología crónica que presenta”*; un Informe de atención primaria con relación de las asistencias y tratamientos recibidos por la paciente suscrito por el Dr. D.; y también tres Informes elaborados por los médicos y el personal de enfermería del HSP que le asistieron tanto en el servicio de Urgencias, como con posterioridad a su caída.

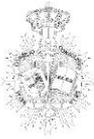
i) Uno de esos informes es el del Sr. P.L., enfermero del Servicio de Urgencias del HSP, que prestó servicio en dicha unidad entre las 22 horas del día 15-7-2021 y las 8 horas del 16-7-2021. El Sr. L. refiere que:

“Al comenzar el turno dimos nuestra correspondiente vuelta para ver como estaban todos nuestros pacientes.

Doña A., que padecía de deterioro cognitivo cortical (probable demencia tipo Alzheimer), se encontraba sola en el box 16 (este box se encuentra a 10-15 m del control de enfermería, donde realizamos parte de nuestro trabajo diario...), ya que, debido a su sintomatología (...), se sospechaba de un posible caso de SARS-CoV-2.

Revisé el tratamiento pautado y lo administré.

Entré en el box con las medidas de covid oportunas, debido a la sospecha de covid +. Observando en todo momento que estaba tranquila y dormida. Al entrar en el box se despertó y le comenté que le iba a administrar el paracetamol que le había pautado la doctora. Ella me agarró el brazo y me dio las gracias. La paciente se encontraba consciente y desorientada en tiempo y espacio.



La noche del 15-16 de julio; fue una noche con una gran carga de trabajo, donde el personal de observación por 2 enfermeras y 2 TCAE entre otros, nos encargamos de 17 boxes y donde el flujo de pacientes es continuo (altas e ingresos). Además, debido a la hora y su estado de tranquilidad de la paciente se trató de dejarla descansar en la medida durante la noche y cuando se pudo nos acercamos a su habitación para observar su situación.

A la 1:46 h el resultado de la PCR consta como negativo y la decisión de dejar entrar a un familiar para acompañar a los pacientes es función del Médico a su cargo.

Finalmente, el Médico responsable dio el alta del servicio de urgencias a su domicilio a las 2:43h de la mañana, lo que quiere decir que la paciente permanecía en su habitación hasta su salida, y aunque se le dé el alta se sigue atendiendo a sus necesidades hasta que abandone la unidad de urgencias.

Debido al protocolo Covid el acceso de personal ajeno al servicio médico de urgencias está sumamente restringido y por ello el médico no autorizó el acceso de los familiares. Por parte de enfermería, acudimos una última vez a las 3:15h (la hora exacta aparece firmada en la hoja del tratamiento) aproximadamente, para administrarle tratamiento antibiótico respondiendo a la orden del médico "para que se fuera a casa con la dosis puesta" y dejándola el tiempo mínimo requerido para observar su reacción. Alrededor de las 4:00h nos percatamos que la señora se encontraba en el suelo, sin que hubiésemos oído ningún golpe o ruido extraño que nos advirtiese de la caída. La mujer se encontraba boca abajo frente los pies de la cama, las barras estaban subidas y aún permanecía colocado el antibiótico.

Debido a la caída la paciente ingresa en el servicio de Neurología debido a un TCE".

ii) En otro informe, fechado el 29-7-2021, la Dra. M.G. refiere que atendió a D^a A. en el Servicio de Urgencias la noche del 15 al 16 de julio de 2021. Indica que valoró a la paciente por primera vez a las 22:30 horas del día 15 y que constató que *“estaba algo desorientada, pero se mostraba colaboradora y tranquila”*. También señala que uno de sus hijos le informó telefónicamente *“de que la paciente tenía cierto grado de demencia”* y que ella, a su vez, comunicó a los familiares que, debido a la sospecha de que la paciente fuera portadora del virus del COVID 19 *“no podían venir a urgencias”*. Relata también que tras realizar a la paciente dos radiografías de tórax

“(…) decidí darle el alta a domicilio. Realicé el informe a las 2:45 h y al terminar llamé en varias ocasiones al teléfono de contacto de los familiares sin conseguir contactar con ellos, para informarles de que daría el alta a la paciente y poder solicitar la ambulancia. Insistí con la llamada en varias ocasiones sin poder comunicarme con ellos. Hasta que pasadas las 3h me avisó la administrativa del turno de noche de que la familia acababa de llamar. Pasé a ver a la paciente nuevamente antes de volver llamar a la familia para asegurarme de que seguía bien y así era, continuaba durmiendo en la misma posición que la había visto en la ocasión anterior. Fui al despacho de admisión y llamé desde allí, ya que desde los teléfonos del despacho médico seguía sin poder comunicarme con la familia. Les expliqué cómo se encontraba la paciente, porque la acababa de ver, y que iba a solicitar la ambulancia para llevarla de vuelta a casa. Solicité la ambulancia tras colgar: 3:30h. Al entrar de nuevo a la zona de boxes de camino al despacho médico fue cuando vi por última vez a la paciente al pasar por delante del box, seguía en la misma posición en que la había dejado.



A las 3:50h consta la llegada de la ambulancia, al llegar el técnico y el enfermero fue cuando descubrieron a la paciente en el suelo y me avisaron. Atendí a la paciente dentro del box donde miré el reloj: 4h.

Tras la caída atendí a la paciente y posteriormente avisé nuevamente a la familia desde el teléfono de admisión. Dado que en ese momento estaba descartada la infección por COVID (ARN SARS CoV 2 era negativo) y la gravedad de la caída lo requería les pedí que vinieran. Para informarles del suceso en persona y que pudieran ver a su familiar”.

iii) En cuanto a la causa del fallecimiento de D^a A., la Dra. B.M., del Servicio de Neurología del HSP (al que fue derivado D^a A. tras la caída sufrida) expone que la que la “*causa fundamental*” fue un “*TCE (traumatismo craneoencefálico) con hemorragias subaracnoideas*” (Informe de 27-7-2021).

4. De acuerdo con la documentación adjunta a la reclamación, en su historial médico, D^a A. presentaba varios antecedentes de caídas. Una, con resultado de traumatismo facial y en pierna derecha (10-3-2017), y otra que le produjo una fractura de húmero (19-3-2017).

5. Por lo que hace al importe de la indemnización, los interesados reclaman un total de 112.092,87 euros con el siguiente desglose de conceptos y cuantías:

“-Perjuicio básico a cada hijo: 21.070,95 euros. (3) = 63.212,85 euros; - Perjuicio particular por convivencia: 31.606,43 euros; -Perjuicio particular por fallecimiento progenitor único (25%): 5.267,74 euros (*3)= 15.803,22 euros; -Perjuicio patrimonial básico: 421,42 euros (*3) = 1.264,26 euros; - Gastos específicos incineración: 206,12 euros”.*

Segundo

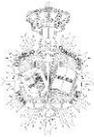
En fecha 3 de diciembre de 2021, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería de Salud dicta Resolución por la que acuerda el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial (expediente nº 194/2021) nombra Instructor del mismo y comunica a los reclamantes diversa información relativa a la instrucción del procedimiento.

Tercero

El 7-12-2021, el Instructor del expediente requiere a la Dirección del Área de Salud Hospital San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existan de la atención prestada a la paciente, la parte de su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y el informe de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

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 14-1-2022 se remite de la citada Área la documentación solicitada, que se



ha incluido en el expediente y en la que se incluyen los informes de las Dras. B.M. y M.G. y del ATS-DUE Sr. P.L.

Cuarto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la Inspección médica, recabado el 18-1-2022 y emitido el 1-2-2022, cuyas conclusiones son las siguientes:

“1. La atención médica recibida en el servicio de urgencias del hospital San Pedro de Logroño es ajustada a la lex artis. La caída de la paciente se produjo después de llevar varias horas en el servicio de urgencias. No consta un estado de agitación o confusión que hiciera presagiar el fatal desenlace. En definitiva, no puede decirse que su caída fuera algo predecible o inevitable, sino más bien algo que sorprendió por inesperado a los profesionales sanitarios que la atendieron. Tras su caída, como no podía ser de otra forma, por parte del servicio de urgencias, oftalmología, anestesiología y neurología se pusieron todos los medios que la ciencia médica conoce para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las lesiones sufridas. A pesar de ello la paciente falleció.

2. Puede discutirse si es conveniente, necesario, adecuado o factible cambiar la forma de atender a determinados grupos de pacientes (ancianos con demencia por ejemplo), pero podríamos encontrar argumentos a favor y en contra de dichas medidas. Tampoco en la literatura científica se ha encontrado evidencia convincente que permita evitar casos similares sin lesionar otros valores en juego. Por ejemplo, es evidente que realizar sujeción mecánica a todos los ancianos evitaría caídas, pero eso sólo se conseguiría sino lesionando su dignidad y autonomía. Hasta encontrar una forma satisfactoria de conciliar todos los valores en juego creo tendremos que aceptar que, incluso atendiendo de forma razonable a un paciente, como a mi juicio sucedió en el caso que nos ocupa, la asistencia sanitaria no está libre de riesgos o peligros, evidencia que por otra parte ya está suficientemente reconocida en la literatura científica”.

Quinto

En fecha 27-6-2022 fue evacuado Informe Médico-Pericial por PROMEDE a instancia de la aseguradora del SERIS. El Informe está suscrito por la Dra. A.R. y por el Dr. R.P., licenciados en Medicina y Cirugía, especialistas en Medicina de Familia y médicos de Urgencia Hospitalaria, quienes, tras examinar los antecedentes fácticos del asunto, formulan las siguientes conclusiones:

“V.- CONCLUSIONES GENERALES

Primera: *Doña A.A.M., es una mujer de 90 años, con antecedentes de probable demencia tipo Alzheimer, hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular anticoagulada, portadora de marcapasos y monorrena. Tuvo una fractura de cabeza humeral del brazo izquierdo por lo que no puede mover bien dicha extremidad. Tiene intolerancia la (sic) bisoprolol y a los calcioantagonistas y en su tratamiento habitual se incluye acenocumarol (sintrom), antihipertensivos e hipolipemiente.*

En lo que se refiere a su situación funcional basal, precisa ayuda y supervisión para las actividades básicas de la vida diaria



Segundo: *El día 15/07/2021, Doña A. fue llevada a Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro a las 20:19 h desde su domicilio porque desde hacía 2 días se encontraba con tos, expectoración y fiebre.*

En la exploración física se encontraba estable hemodinámicamente y destacaba una saturación de oxígeno del 93% y una auscultación patológica (crepitantes) en el pulmón izquierdo. No tenía fiebre.

Aunque Doña A. estaba estable, presentaba síntomas de infección respiratoria. En ese momento estaba comenzando en España la quinta ola de: COVID. Por ese motivo, y hasta poder descartar que la paciente tuviera infección por coronavirus, se decidió su aislamiento en un box. En España, desde que comenzó la pandemia, en todos los centros sanitarios, los pacientes que tienen sospecha de infección por SARS-Cov2 ingresan aislados y sin familiares, por el riesgo que entraña para el resto de los pacientes.

Así, Doña A., ingresó en Urgencias, siguiendo los protocolos habituales de manejo, para la realización de pruebas complementarias que pudieran determinar su situación.

Tercero: *Tras la realización de las mismas (hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría venosa y radiografía de tórax) no se apreciaron alteraciones importantes (no tenía neumonía) y los resultados del antígeno y la PCR de COVID fueron negativos. Como la paciente presentaba una infección respiratoria que en ese momento no tenía datos de alarma, no era precisa su hospitalización, por lo que se decidió el alta desde el Servicio de Urgencias a las 2:45h. Se contactó con sus familiares tanto al principio como al final de la valoración para explicarles el estado de Doña A.*

La actuación en todo momento fue correcta, pautándose tratamiento antibiótico y broncodilatador para que pudiera administrarse en el domicilio.

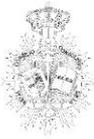
Cuarto: *A las 3:50 h, mientras esperaban la ambulancia, el personal de enfermería se percató de que Doña A. se encontraba en el suelo, a los pies de la cama, boca abajo y con las barandillas de la cama subidas. No habían escuchado ningún golpe o ruido que les hubiese advertido de la caída. En ese momento fue valorada por la doctora. La paciente estaba consciente y presentaba una herida sobre la ceja izquierda y un hematoma ocular importante. Se solicitó un TAC craneal en el que se aprecia una hemorragia subaracnoidea en región temporal y frontal bilateral, así como en región parietal derecha y una fractura de la pared medial del seno maxilar izquierdo.*

Tras el diagnóstico, la facultativa pautó tratamiento para revertir el efecto del sintrom que tomaba la paciente y que podía hacer que sangrara más, y avisó a los familiares para explicarles lo sucedido y pedirles que acudieran al hospital.

También comentó el caso con el neurólogo que recomendó observación de la paciente y TAC; de control. A las 7:00h Doña A. ingresó en la planta de Neurología. Antes, fue reexplorada comprobando que se despertaba con facilidad y se dejó solicitada una interconsulta a oftalmología para evaluación por su parte.

El juicio clínico al ingreso fue traumatismo craneoencefálico con hemorragia subaracnoidea traumática.

Aunque no está descrito expresamente en los informes que se realizara ninguna escala de riesgo de caídas, el personal sanitario estuvo pendiente del estado de la paciente: la hablan colocado en box cercano al control de enfermería para poder vigilarla, entraron en varias ocasiones al box en el que se hallaba, confirmando que se encontraba bien y que no estaba agitada. Además, tenía subidas las



barandillas laterales de la cama. No se desprende de los informes aportados ningún indicio de que la paciente requiriese de medidas adicionales como la contención mecánica o farmacológica para evitar el riesgo de que se cayera de la camilla, por lo que la actuación fue correcta adecuándose a los protocolos de práctica clínica habitual.

Quinto: *Doña A. permaneció ingresada desde el día 16/07/2021 hasta el 23/07/2021. A su ingreso fue valorada por oftalmología, objetivando en la exploración una perforación ocular que intervinieron ese mismo día y que evolucionó de forma favorable.*

A partir del día 19/07/2021, la situación clínica de la paciente empeoró, tanto desde el punto de vista respiratorio como por el desarrollo de un síndrome confusional agudo. Comenzó con agitación nocturna y con mayor dificultad respiratoria. Se solicitó una nueva radiografía de tórax en la que no se apreciaban cambios con respecto a la que se había hecho en Urgencias y se ajustó el tratamiento para la infección y para el delirium. Se intentó repetir el TAC craneal pero no fue posible por el estado de agitación de la paciente. El día 22/07 se decidió, de acuerdo con la familia, administrar medidas de confort falleciendo a las 2:45h del día 23/07/2021.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

El personal sanitario del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán San Pedro dispuso de todos los recursos técnicos y humanos necesarios para tratar la patología respiratoria y neurológica que presentaba Doña A.A.M., ajustándose las actuaciones médicas a la Lex Artis.

No se evidencia, por los informes aportados por el personal sanitario de dicho centro, prestación irregular a la paciente, puesto que se tomaron las medidas habituales de acuerdo a sus antecedentes y a la patología aguda que había hecho que acudiera al (sic) Urgencias (presentaba una infección respiratoria que podía estar causada por coronavirus), realizando las pruebas oportunas para diagnosticar su patología, siguiendo las guías de práctica clínica habitual.

No se puede atribuir la causa final del fallecimiento de Doña A. a una sola entidad. Fue una suma de las enfermedades previas que ya tenía (demencia, monorrena, el tratamiento anticoagulante) y de todos los problemas agudos que presentó durante el ingreso: la infección respiratoria, el traumatismo craneoencefálico con la hemorragia subaracnoidea y el delirium”.

Sexto

Por razones cronológicas, ha de hacerse constar en este punto que, mediante escrito presentado el 20-7-2022 en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja, D^a L. y D^a M.R.A.M., hermanas de D^a A., formularon una segunda reclamación de responsabilidad patrimonial, por estos mismos hechos, aduciendo idénticas consideraciones y presentando la misma documentación que sus sobrinos, hijos de D^a A. A criterio de las Sras. A. M., el daño que afirman sufrido debería ser indemnizado con un *"importe de 31.606,42 euros"* según razonan en el Hecho Quinto de su escrito petitorio.

Esa reclamación dio origen al procedimiento nº 312/2022 que, mediante Resolución de 10-8-2022 del Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante fue acumulado al procedimiento nº 194/2021.



Séptimo

Concluida la instrucción del expediente, y notificado a los reclamantes, así como a la aseguradora del SERIS, la concesión de un trámite de audiencia (diligencia de 1-2-2023 del Instructor del expediente), D. V. P.A. presentó un escrito de alegaciones el día 8-2-2023 en el que se limitó a interesar que le fuera remitida toda la documentación del expediente y, en especial, el dictamen del Consejo Consultivo, dictamen que, para ese momento aún no había sido siquiera solicitado.

Octavo

En fecha 31-3-2023, el instructor del expediente formula una 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. Recabado el parecer de los Servicios Jurídicos el 3-4-2023, éstos se pronuncian en sentido favorable a la Propuesta de resolución mediante informe de 1-6-2023.

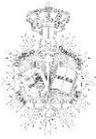
Noveno

Considerando que había transcurrido el plazo en el que la Administración autonómica debería haber resuelto el procedimiento de responsabilidad patrimonial, los hijos y las hermanas de D^a A., entendieron desestimadas sus solicitudes y promovieron mediante escritos de 10-10-2022 dos recursos contencioso-administrativos ante la Sala de dicho Orden del TSJ de La Rioja de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso administrativa.

1. En relación con el recurso interpuesto por los hijos de D^a A., la Sala, a través de Decreto de 14-10-2022, acordó admitir a trámite ese recurso (PO 179/2022) y requerir a la Administración para que remitiese el expediente administrativo, así como para que emplazase a los posibles interesados.

En cumplimiento de lo ordenado por la Sala de lo Contencioso administrativo del TSJ de La Rioja, la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, por Oficio de 20-10-2022 emplazó a la aseguradora SecurCaixa-Adeslas y, por su parte, los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja remitieron a la Sala el expediente administrativo en fecha 21-10-2022.

2. El recurso interpuesto por las hermanas de D^a A. ha dado lugar al PO 57/2023 de la Sala de lo Contencioso administrativo del TSJ de La Rioja, en cuyo seno, la Administración demandada, requerida para ello, también ha emplazado a la aseguradora (Oficio de 4-5-2023 de la Secretaría General Técnica) y remitido el expediente administrativo (Oficio de 9-5-2023).



3. No constan entre la documentación que se nos ha remitido datos adicionales atinentes a los referidos recursos contencioso administrativos o al estado de tramitación en que se hallen en la actualidad. Tampoco el expediente permite venir en conocimiento de si tales recursos han sido ya resueltos mediante Sentencia o todavía no.

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

Primero

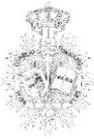
Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 5-6-2023 y registrado de entrada en este Consejo el mismo día, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14-6-2023, 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 al Consejero señalado 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 JURÍDICOS

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.

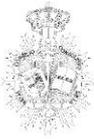
2. En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, 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 superior, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

3. 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 CE y 32.1 y 34.1 LSP'15 y 65, 67, 81 y 91.2 LPAC'15) 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.

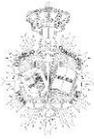
Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva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

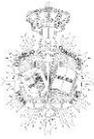
1. Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario, el funcionamiento del servicio público (que es criterio positivo de imputación que, con carácter general, utiliza el ordenamiento) consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado 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 el presente supuesto, y frente a lo que afirman la Propuesta de Resolución y los Servicios Jurídicos, no cabe duda de la existencia de una relación de causalidad entre la caída sufrida por Dª A. al caer de la cama en la que se hallaba en el Servicio de Urgencias del HSP de Logroño, el traumatismo craneoencefálico sufrido a consecuencia de dicha caída, y el posterior y lamentable fallecimiento de la paciente.

La propia Administración sanitaria ha venido a reconocer tal relación de causalidad pues el Servicio de Neurología del HSP de Logroño identifica como “*causa fundamental*” de la muerte de Dª A. el “*TCE con hemorragias subaracnoideas*” provocado por la caída. Y así se expresa el Informe de 27-7-2021 de la Dra. B.M., que atendió a Dª A. en dicho Servicio, al que fue derivada tras caer de la cama.

Por lo demás, nótese la coetaneidad temporal entre la caída (noche del 15 al 16 de julio de 2021) y el fallecimiento (el 23 de julio de 2021), y el hecho de que la paciente no falleció a causa del cuadro respiratorio que por el que había acudido al Servicio de Urgencias, sino que cayó de la cama -sufriendo por ello el referido traumatismo craneoencefálico- en un momento (que tiene que situarse entre las 3:30 y las 3:50 de la madrugada del 16-7-2021) en el que la paciente ya había sido dada de alta y se estaba esperando a que la ambulancia llegara a recogerla para trasladarla a su domicilio.

3. En fin, también resulta indiscutible que, en el momento de producirse la caída, la fallecida se encontraba bajo la responsabilidad y al cuidado del personal del Servicio de Urgencias del HSP. Responsabilidad y cuidado que, además, aquí eran exclusivos, pues la



paciente no estaba acompañada de ninguno de sus familiares debido a que éstos -según coinciden todos los informes obrantes en el expediente- tenían prohibida la entrada a las instalaciones del HSP a causa de las restricciones impuestas por la necesidad de evitar la propagación y contagio del COVID.

4. Queda, por tanto, analizar si, en este caso, concurre el criterio positivo de imputación, ya mencionado, del funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario, lo que determinaría la existencia de la responsabilidad reclamada; o si puede apreciarse algún criterio negativo de imputación, que la excluiría.

5. Para la Propuesta de resolución y a la vista de los informes incorporados al expediente, no se produjo ninguna negligencia, pues el estado de la paciente no requería medidas diferentes a las adoptadas, siendo, por lo tanto, lo ocurrido un accidente de naturaleza imprevisible.

En los distintos informes obrantes en el expediente, emitidos por el personal sanitario que estaba atendiendo los boxes del Servicio de Urgencias, se constata que, cuando la paciente se cayó, las barras laterales de protección de la cama se encontraban levantadas, y que dicha paciente, en la noche en que se produjo la caída y cuando ya había sido dada de alta, se mostraba tranquila, concluyendo que en ese estado no estaba justificada ninguna otra medida como, por ejemplo, las sujeciones, las cuales no eran necesarias por la situación clínica de la paciente, ni por su previsible evolución.

6. Ahora bien, en nuestra opinión las cosas no son tan evidentes. La paciente era una mujer de edad muy elevada (90 años) que, además de presentar varios antecedentes de caídas accidentales, presentaba un estado de deterioro cognitivo cortical (probable demencia tipo Alzheimer) del que el personal médico que la atendió era consciente, y del que fue puntualmente advertido por los familiares de D^a A. Véanse en este sentido los informes del Sr. P.L. y de la Sra. M. G., quienes coinciden además en afirmar que, en palabras del Sr. P., aunque la paciente se encontraba “consciente” estaba también “desorientada en tiempo y espacio”.

Cabe aquí reproducir unas consideraciones que este Consejo realizó en su D.18/17, en un asunto que presenta notables semejanzas con el que ahora nos ocupa:

“...el estado de la paciente a su ingreso nada tenía que ver con el de una persona consciente y orientada, sino todo lo contrario. En esa situación, no se puede exigir de la paciente un comportamiento normal y razonable, como el que se espera de una persona consciente y orientada. De ahí que, en nuestra opinión, tal estado de la paciente debiera haber llevado a una diferente valoración del riesgo de caída existente, pues es evidente que, si las barras laterales estaban levantadas, ello no evitó la caída que se produjo.”



Ello quiere decir (y es la única explicación plausible) que, en el estado de confusión y desorientación que presentaba y al encontrarse sola en el box (...), fue moviéndose hasta caer de cabeza por los pies de la camilla, lugar en el que no existen barras de protección.”.

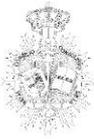
Pues bien, también en este caso cabe concluir que la Administración sanitaria incurrió en un evidente error al evaluar el riesgo de caída que presentaba D^a A. Por una parte, no era una persona inconsciente o sedada, sino consciente y, a la vista está, con capacidad para moverse por sí sola y desplazarse fuera de la cama, como así hizo. Pero, al mismo tiempo, ni estaba orientada ni tenía plena conciencia del ámbito espacial en el que se hallaba (novedoso para ella, pues acababa de ser ingresada en el Servicio de Urgencias hacía apenas unas horas). Bien al contrario, además de su muy avanzada edad, padecía sordera y un deterioro cognitivo, lo que, cabalmente, le dificultaba una correcta orientación espacial e incluso entender la forma en que podía -y debía- pedir ayuda si precisaba salir de la cama. Por ejemplo, para ir al servicio, necesidad que también resultaba previsible porque, según refieren los reclamantes, estaba tomando un medicamento diurético (dilutol).

Desde luego, no parece que, en estas condiciones pueda calificarse como un suceso *imprevisible* o *inevitable* el que una mujer de 90 años, que además no podía estar acompañada de ningún familiar que la ayudase, intentara salir de la cama, se cayera, y se golpeará contra el suelo.

Ese desgraciado accidente no constituía un suceso *imprevisible*. La mejor prueba de ello es que la caída se produjo, y no varios días o semanas después del ingreso de la paciente y tras haberse mostrado hasta entonces consciente y tranquila, sino apenas unas seis horas después de que D^a A. ingresara en el HSP. En efecto, entre las 20:30 del 15-7-2021 (cuando fue atendida por primera vez por los médicos del Servicio de Urgencias) y las 4:00 del 16-7-2021 (momento en el que ya se había producido la caída) transcurrieron menos de ocho horas. Y ello obliga a considerar que el riesgo de caída lejos de ser imprevisible era muy alto, como prueba la circunstancia de que se consumara en tan poco lapso de tiempo.

Tampoco parece que tal hecho merezca ser considerado como *inevitable* de otro modo que no fuera acudiendo a la sedación o a la adopción de medidas severas de contención mecánica, que es lo que argumenta la Propuesta de resolución con base en los Informes de PROMEDE y de la Inspección Médica. Si, como sucedía en este caso, ningún familiar podía acompañar a D^a A. en el box (lo que a buen seguro habría evitado el fatal accidente), se hace evidente que el personal a cargo de los numerosos pacientes ingresados en dicho servicio no era el suficiente, pues -sin que quepa dudar de su profesionalidad y buen desempeño- lo cierto es que dicho personal no pudo prestar a D^a A. la puntual y constante vigilancia que merecía una persona en su estado. Recuérdese que el Sr. L. afirma que dos enfermeros y 2 TCAE hubieron de atender 17 boxes en aquella noche del 15 al 16 de julio de 2021.

Con todo, cabe también apreciar que, de la misma manera en que unas simples barras laterales en la cama impidieron que D^a A. cayera por los lados, no parece que exista ninguna



imposibilidad técnica en proveer idéntica medida de protección en el pie de la cama, que es el punto por el que D^a A. intentó salir, golpeándose contra el suelo al hacerlo. Por ello este Consejo -que ha analizado ya dos accidentes producidos exactamente del mismo modo- se permite invitar a la Consejería consultante a que analice la pertinencia y posibilidad de adoptar esa medida de protección -u otras encaminadas al mismo fin- en las camas y camillas empleadas en los centros e instalaciones del SERIS

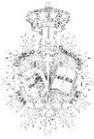
7. Por todo lo expuesto, consideramos que ni se realizó una correcta valoración del riesgo de caída a la vista del estado en que se encontraba la paciente ni la Administración sanitaria puso en juego los medios personales y materiales que en este concreto caso hubieran sido necesarios para cuidar adecuadamente la salud de D^a A.; y todo ello supone un funcionamiento anormal del Servicio público sanitario, que determina la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

8. La Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ de Madrid de 23-10-2024, que se cita en la Propuesta de resolución, desestimó la reclamación a la que se refiere, por considerar que se trataba de un paciente “*que se encontraba consciente y orientado*” y en el que no era de esperar un comportamiento anómalo. Pero este no es el caso ante el que nos encontramos ahora. En esa Sentencia, se hace referencia también a un Protocolo (existente en el Hospital en el que se produjo la caída del paciente que motivó aquella reclamación. La existencia de dicho Protocolo viene a poner de manifiesto la preocupación por el mantenimiento de la seguridad de los enfermos, con el fin de reducir de frecuencia de los accidentes. En este mismo sentido, el Informe de la Inspección Médica de 1-2-2022 emitido en el presente expediente recuerda que:

“Las caídas son un problema frecuente. Entre el 30 y el 40% de las personas autónomas mayores de 65 años que residen en la comunidad y el 50% de las que viven en centros residenciales, sufren una caída cada año. Las lesiones graves se producen en el 5% de las caídas en la comunidad y en el 10% de las que se producen en instituciones (referencia bibliográfica 1). Las caídas en personas mayores son debidas a factores extrínsecos en conjunción con factores intrínsecos que incrementan su vulnerabilidad a las caídas. Se han identificado múltiples factores de riesgo, que incluyen la historia previa de una caída, debilidad de extremidades inferiores, la edad, sexo femenino, deterioro cognitivo, problemas de equilibrio, empleo de fármacos psicotrópicos, artritis, antecedente de ictus, hipotensión ortostática, mareo y anemia”.

Pues bien, buena parte de estas circunstancias que incrementan estadísticamente el riesgo de caídas (y que, en lo que interesa al caso, las hacen más previsibles), concurren en este caso. D^a A. presentaba, al menos, antecedentes previos de caídas, una edad muy elevada, era una persona de sexo femenino y padecía deterioro cognitivo.

9. En este F. Jco. se ha hecho mención al D.18/17 de este Consejo Consultivo, en el que nos pronunciamos sobre un supuesto fáctico muy parecido al actual. Pues bien, el criterio sostenido en dicho dictamen vino a ser confirmado por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso administrativo del TSJ de La Rioja de 22-3-2018 (PO 4/2017), en la que se



razona de modo que sigue, acogiendo las consideraciones del perito de la parte entonces demandante:

"2º. El informe establece y explica de una forma razonable que la caída de la enferma pudo evitarse "No se llevó a cabo un protocolo preventivo para la caída pese a que, a su llegada a las urgencias, tenía una escala de riesgo de Downton superior a 3. Error médico por aplicar una medida insuficiente, la elevación de barreras laterales, sin la aplicación de otras medidas necesarias de acompañamiento: la vigilancia constante y cuidadosa de una enferma con desorientación temporo-espacial. Falta de diligencia por infravalorar los riesgos inherentes de la enferma para sufrir una caída (tomaba medicamento antiparkinsoniano, sospecha de ingesta por error de una benzodiacepina como se demostró en estudios toxicológicos postmortem, edad avanzada, fragilidad) y los riesgos del entorno o extrínsecos (los propios de una sala de urgencias saturada de trabajo, el traslado reciente desde el Servicio de Radiología). En estas circunstancias, debían especificarse por escrito las pautas para su implementación por enfermería. - Falta en la organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias por no disponer de recursos humanos propios para la vigilancia permanente y cuidadosa de una paciente en estado de desorientación. (...)"

Este informe coincide parcialmente con el informe de la codemandada Aseguradora cuando afirma "Pese a la imprevisibilidad del caso, ante una paciente con disminución del nivel de conciencia, sin que se registraran con posterioridad datos de agitación, la paciente era susceptible de aplicar las medidas necesarias para evitar la caída [...] lo que se podía exigir a los profesionales en el momento del ingreso en box, era la colocación de barreras anti-caída como así sucedió," pero lo cierto es que no se colocaron barrera o protección por los pies de la camilla, que es por dónde se cayó la enferma".

Cuarto

Sobre la cuantía de la indemnización

Para fijar la indemnización, y dentro de las obvias dificultades que entraña traducir en una cantidad económica una pérdida como la sufrida por los familiares de D^a A. en tan penosas circunstancias, se considera oportuno, como ya hemos hecho en otras ocasiones (D.18/17), tomar en consideración la edad de la víctima, su convivencia con los reclamantes y los respectivos grados de parentesco; y asumir, como referencia orientativa, el baremo establecido en el Anexo de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TR aprobado por RD-Leg 8/2004, de 29 de octubre) tal como ha sido reformado por Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y desarrollado por la Resolución de 2-2-2021, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (BOE de 19-2-2021).

El citado baremo es de aplicación referencial a las indemnizaciones por responsabilidad de la Administración sanitaria, según establece la D.A.3^a de la precitada Ley 35/2015.

Pues bien, teniendo en cuenta esos parámetros y a la vista de las cuantías señaladas en la Tabla 1.a) del Baremo (Indemnizaciones por causa de muerte, perjuicio personal básico)



se considera razonable una indemnización de 15.000 euros para cada uno de los hijos y de 5.000 euros para cada una de las hermanas.

CONCLUSIONES

Primera

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser estimada.

Segunda

Procede establecer una indemnización de 15.000 euros a favor de cada uno de los hijos reclamantes y de 5.000 euros a favor de cada una de las dos hermanas; importes estos que deberán abonarse en metálico con cargo a la partida presupuestaria correspondiente.

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.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO