

Expediente Núm. 303/2010  
Dictamen Núm. 244/2011

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de julio de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de septiembre de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre tras una caída producida en el centro hospitalario público en el que estaba ingresado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de enero de 2010, un letrado en nombre y representación de la viuda y los hijos del perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre tras una caída producida en el Hospital ....., en el que estaba ingresado.

Refiere en su escrito que el perjudicado “estaba ingresado en el Servicio de Neurología” del Hospital ..... desde el 26 de diciembre de 2008, “sin que su familia fuera debidamente informada, en ningún momento, de los posibles males” del paciente, que estaba “a la espera de la realización de unas pruebas médicas para valorar endarterectomía”. El día 18 de enero de 2009 sufrió una caída, de la que fue atendido por “una empleada de la limpieza, horas después”, sin que aún “se le hubieran realizado las pruebas médicas para conocer su estado real”. Afirma que “el personal médico” no informó a la familia del accidente, ni de “las posibles consecuencias de la misma, ni de sus posibles causas, ni se tomó medida alguna que pudiese evitar su repetición. Así en fecha 20 de enero, se le encuentra de nuevo caído en el suelo de su habitación”.

El perjudicado falleció el día 23 de enero de 2009 “como consecuencia de un gran hematoma subdural, con origen en las caídas sufridas estando ingresado, sin la vigilancia precisa”, sin que su familia fuera informada de “las causas del ingreso (...), ni (de) su auténtico estado, y sin que se le hubieran llegado a practicar las pruebas médicas precisas, todo lo cual provocó su fallecimiento en estado de abandono”.

Solicita una indemnización de setecientos cincuenta mil euros (750.000 €).

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Poder de representación otorgado a favor del letrado. b) Informe del Servicio de UVI del Hospital ....., de fecha 23 de enero de 2009. c) Informe del Servicio de Neurología del Hospital ....., de fecha 6 de febrero de 2009.

**2.** Mediante escrito de fecha 22 de enero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 26 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Director Gerente del Hospital ..... le remita copia de la historia clínica del perjudicado, así como informe del Servicio de Neurología.

4. Con fecha 5 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia de la historia clínica del perjudicado y el día 18 del mismo mes, el informe del Servicio de Neurología.

En este informe, de fecha 5 de febrero de 2009, se refiere que el paciente ingresó en el Servicio de Neurología en fecha 26 de diciembre de 2008, "procedente del Servicio de Urgencias adonde había acudido por presentar cuadro de disminución del nivel de conciencia, con tendencia al sueño y desorientación de unas 12 horas de evolución (...). La exploración neurológica mostró un paciente bradipsíquico, con lenguaje normal, manteniendo buen nivel de conciencia y apreciándose una leve asimetría a nivel facial izquierdo, el resto de la exploración neurológica no mostró anomalías". Se realizó un TAC craneal que fue informado como "normal para la edad del paciente". Sigue refiriendo que ya ingresado en planta, el paciente "experimentó mejoría fundamentalmente de los síntomas que presentaba en funciones cognitivas, mostrándose consciente, orientado en tiempo y espacio, atento y colaborador, apreciándose una menor bradipsiquia que al ingreso./ Se solicitó un nuevo TAC craneal con la sospecha de que el paciente hubiese presentado un evento isquémico cerebral y que no se hubiese apreciado en primer TAC (...). El nuevo scanner mostró una hipodensidad a nivel de tálamo derecho compatible con una lesión isquémica subaguda. Moderada atrofia córtico-subcortical. Ante estos hallazgos se solicitaron estudios vasculares que mostraron:/ Ecodoppler TSA, placa fibrolipídica de aproximadamente 2,2 cm en origen de carótida interna derecha que condiciona estenosis de un 70% (...). Angio-TC de TSA e intracraneal (...) se confirma la existencia de una estenosis corta de 80% en origen de la carótida interna derecha (...). Ante estos resultados (...) se solicitó

una valoración al Servicio de Cirugía Vascolar (...). Durante su hospitalización, el paciente mostró un comportamiento normal, en ningún momento presentó agitación y únicamente presentaba una leve braquipsiquia. Con fecha 18-1-09 a las 7:45 horas el paciente cayó de una silla mientras manipulaba la televisión en la sala de estar de los pacientes, siendo atendido por enfermería (...), quejándose (...) de dolor a nivel de hemotórax derecho, no apreciándose lesiones ni contusiones a nivel craneal. Se practicó una Rx de parrilla costal que fue valorada por el médico de guardia de Neurología y comentada con el médico de guardia del Servicio de Cirugía Torácica, apreciando una probable línea de fractura en 5ª costilla, se inició tratamiento (...), mostrando en los días siguientes (...) un dolor a dicho nivel que no fue bien controlado con la analgesia (...). Se volvió a realizar una nueva radiografía de tórax y parrilla costal con fecha 19-1-2009 en la que no se observó de forma definida fractura de ningún arco costal./ En los días siguientes, 19 y 20 de enero, el paciente fue valorado en la visita habitual, no mostrando ninguna anomalía neurológica nueva y quejándose únicamente de dolor a nivel de parrilla costal derecha. El día 21 de enero (...), a la 1 de la madrugada, encuentran al paciente sentado en el suelo con bajo nivel de conciencia y sudoroso. No se evidenció que hubiese habido caída y no presentaba lesiones externas a nivel craneal ni a ningún otro nivel. En ese momento en la exploración se apreciaron clonías en hemicuerpo derecho con desviación ocular a la derecha y reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral. Posteriormente, se apreció una disminución importante del subdural hemisférico derecho, que condiciona una marcada herniación subfalcial, con desplazamiento de la línea media de aproximadamente 2 cm con colapso prácticamente completo del ventrículo lateral ipsilateral. Fue valorado de manera urgente por el Servicio de Neurocirugía siendo intervenido posteriormente evacuándose hematoma subdural e ingresando posteriormente en UVI, donde se apreció en la exploración bajo sedación y un bolo de relajante muscular, pupilas midriáticas medias arreactivas. No respuestas motoras al estímulo algésico. El paciente falleció con fecha 23-1-2009”.

Respecto a lo sostenido por los reclamantes acerca de la “poca información recibida por parte de sus médicos”, manifiesta que “diariamente se iba comentando a un familiar que estaba habitualmente con él, la evolución y los estudios que se iban realizando, con los resultados y los procedimientos realizados o solicitados”.

Acompaña a este informe otro complementario, fechado el día 13 de enero de 2010, en el que refiere que la familia fue informada “en todo momento de:/ La causa del ingreso: síndrome confusional en relación a infarto talámico y fenómeno de diasquisis tálamo frontal con evolución hacia la reversibilidad./ Estenosis de carótida interna derecha (CID) del 80%”; afirma que el paciente no estaba “a la espera de la realización de pruebas médicas, pues se habían realizado previamente para diagnosticar una estenosis de la carótida, (sino) pendiente de evaluación por el Servicio de Cirugía Vasculard”. El día en que el paciente sufrió “la caída accidental, fue atendido por el personal de enfermería de la planta y posteriormente por el médico de guardia de Neurología, en cuestión de minutos y posteriormente, tras Rx de tórax, por el médico de guardia del Servicio de C. Torácica. Los síntomas presentados por el paciente fueron de dolor torácico en todo momento, no se evidenció fractura costal en una segunda Rx de tórax (...), se tomaron las medidas habituales y se comunicó a la familia lo sucedido. No se apreciaron signos ni síntomas neurológicos nuevos./ El paciente no requirió atención especial, salvo una mayor vigilancia de sus movimientos, reposo relativo y analgesia”.

Finaliza diciendo que el paciente “sufrió un traumatismo craneal accidental, enmascarado por un traumatismo torácico que primó en la sintomatología del paciente”, falleciendo “como consecuencia de hematoma subdural postraumático” ocasionado por la referida caída.

5. Con fecha 26 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Director Gerente del Hospital ..... le remita copia de las hojas de observaciones de enfermería correspondientes al ingreso en el Servicio de Neurología relativas a los días comprendidos entre el 17 y el 21 de

enero. El día 23 de marzo, el Jefe del Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital ..... remite al Servicio instructor copia de las referidas hojas, así como de la "hoja lista de problemas".

6. Con fecha 30 de marzo de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, describe los hechos y procede a su valoración indicando que "se trata de un paciente de 83 años, que no presentaba ninguna patología ni manifestaciones clínicas que aconsejasen su sujeción, ni la adopción de contención, ni que no se le permitiese hacer vida normal en la planta. Inexplicablemente, estando solo en la sala de estar de la planta, el paciente se subió a una silla para encender la televisión. En la historia clínica se encuentra recogido que a las 7:45 horas del día 18-1-09 la enfermera oyó un ruido en la sala de estar y cuando acudió se encontró con el paciente caído en el suelo (...). El propio paciente explicó a la enfermera (no una limpiadora que le atendió horas después de la caída, según los reclamantes) que se había subido a la silla para encender la televisión./ El paciente fue andando y acompañado a la habitación donde es visto por el médico de guardia. Sólo refería dolor a nivel de hemotórax derecho y no se le apreciaban lesiones ni contusiones a nivel craneal. Se practicó una Rx de parrilla costal que fue valorada por el médico de guardia de Neurología y comentada con el médico de guardia del Servicio de Cirugía Torácica, apreciando una probable línea de fractura en 5ª costilla que posteriormente no se confirmó". Sigue refiriendo que "respecto a la segunda caída a la que hacen referencia los reclamantes, no existe evidencia alguna (...). En la historia se recoge que el paciente fue encontrado sentado en el suelo de la habitación y recostado sobre una silla muy sudoroso y con una TA 212/117. Se solicita consulta urgente a Neurocirugía que decide intervención urgente para la evacuación del hematoma que se había diagnosticado en ese momento, quedando posteriormente el paciente en coma con midriasis arreactiva, falleciendo el día 23-01-09 en la Unidad de Cuidados Intensivos".

7. Mediante escritos de 14 de abril de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 3 de mayo de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Neurología. En él se concluye que “el paciente falleció a causa de un hematoma subdural agudo, probablemente relacionado con una caída accidental producida cinco días antes de su fallecimiento y 23 días después de su ingreso (...). El paciente ingresó en el hospital al sufrir un infarto cerebral, del que se recuperó prácticamente en su totalidad en los primeros días de evolución (...). El paciente, trascurridos los primeros días de su ingreso, no presentaba ninguna circunstancia clínica que requiriera una especial vigilancia médica o de enfermería (déficit neurológico focal, agitación, desorientación, confusión, etc.) (...). El motivo de continuar ingresado cuando sufrió la caída era la valoración por parte del Servicio de Cirugía Vasculuar para realizar una cirugía programada (endarterectomía) (...). El paciente sufrió una caída accidental al subirse a una silla para manipular el televisor (...). El paciente fue atendido por el personal médico y de enfermería. Sus quejas se centraban únicamente en referir dolor en la parrilla costal (...). Tras la evolución del paciente, no se objetivaron síntomas ni signos de haber sufrido también un traumatismo craneal. Tampoco en las horas y días siguientes, el paciente refirió otra sintomatología o aparecieron nuevos signos clínicos que pudieran hacer sospechar a los profesionales que le atendieron que hubiera existido el mencionado traumatismo craneal en la caída (cefalea, náuseas, vómitos, confusión, desorientación, estupor, etc.) (...). No se puede mantener sin margen a la duda, que el paciente sufriera una nueva caída en la madrugada del 20 al 21 de enero (...). Tras el brusco empeoramiento registrado en la madrugada del 20 al 21 de enero, se llevaron a cabo con diligencia y rapidez todas las acciones diagnósticas y terapéuticas indicadas y posibles, pero a pesar de ello, dada la gravedad de sus lesiones, el paciente falleció dos días más tarde (...). Aunque el

paciente fue correctamente atendido, en ningún momento hasta que se produjo el deterioro súbito en la madrugada del día 20 de enero, presentó síntomas o signos que pudieran hacer sospechar la complicación, ni siquiera que hubiera existido un TCE como consecuencia de la caída”.

**9.** Mediante escrito de fecha 14 de julio de 2010, se comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 28 de julio su representante se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo compuesto por setenta y un (71) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**10.** Transcurrido el trámite de audiencia sin haberse formulado alegaciones, con fecha 7 de septiembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma se afirma que frente a la argumentación de los reclamantes, que “basan su petición indemnizatoria en que (el perjudicado) falleció como consecuencia de un gran hematoma subdural con origen en las caídas sufridas estando ingresado, sin la vigilancia precisa y sin que tan siquiera se hubiera notificado a su familia las causas del ingreso (...) ni su auténtico estado, y sin que se le hubieran llegado a practicar las pruebas médicas precisas, todo lo cual provocó su fallecimiento en estado de abandono”, es preciso dejar constancia de que “el paciente falleció como consecuencia de una caída casual (durante su ingreso en el Hospital .....) no existiendo nexo causal alguno entre la actividad de la administración sanitaria y el daño sufrido por el paciente (...), que no presentaba ninguna patología ni manifestaciones clínicas que aconsejasen su sujeción, ni la adopción de medidas de contención, ni que no se le permitiese hacer vida normal en la planta”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de septiembre de 2010, registrado de entrada el día 5 del octubre, V. E. solicita al Consejo

Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están, quienes se dicen viuda e hijos del perjudicado, activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, interesados que pueden actuar legítimamente a través de representante con poder al efecto.

Ahora bien, los interesados ejercitan su acción indemnizatoria como consecuencia del fallecimiento de su esposo y padre, debiendo señalarse que tales vínculos no resultan acreditados. En consecuencia, hemos de advertir de que falta la acreditación del parentesco y de la filiación que justificaría tal legitimación activa y, pese a que la Administración ha tramitado el procedimiento sin poner objeción alguna a la mentada carencia, entendemos

que, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que esta, por el procedimiento legal oportuno, verifique tales circunstancias.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 4 de enero de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la muerte del paciente- el día 23 de enero de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Es objeto de nuestro análisis una reclamación de daños presentada por los deudos (viuda e hijos) de un paciente, que fallece en un hospital de la red pública donde se encontraba ingresado, como consecuencia de un hematoma subdural subsiguiente, según señalan en su reclamación, al padecer dos caídas en el propio centro hospitalario.

No existe duda alguna sobre el óbito del paciente a consecuencia de un hematoma subdural mientras se encontraba ingresado en un hospital público. En consecuencia, hemos de presumir la existencia de un daño moral en los interesados, con independencia de su entidad y valoración, que habremos de efectuar si concurren el resto de los requisitos para reconocer la responsabilidad patrimonial que se pretende.

Ahora bien, concretado el hecho dañoso, que este haya tenido lugar en el ámbito del servicio público sanitario no puede determinar, sin más, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, puesto que ha de guardar, como ya se ha expuesto en la consideración anterior, relación de causalidad jurídicamente relevante con la asistencia sanitaria prestada.

Los interesados sostienen que la familia no fue informada en ningún momento “de los posibles males que (el paciente) pudiera adolecer, estando a la espera de la realización de unas pruebas médicas”; que la primera caída (el día 18 de enero de 2009) “tampoco fue comunicada a su familia por el personal médico, ni se informó de las posibles consecuencias de la misma, ni de sus posibles causas, ni se tomó medida alguna que pudiese evitar su repetición. Así en fecha 20 de enero, se encuentra de nuevo caído en el suelo de su habitación”, falleciendo el día 23 de enero de 2009. También señalan en su escrito de reclamación que el paciente “fue atendido por una empleada de la limpieza, horas después de la (primera) caída” y que el fallecimiento se produjo “en estado de abandono”.

En definitiva, de modo sustancial imputan a la Administración sanitaria una actuación negligente, que consistiría en no prestar “la vigilancia precisa”, antes de la realización de las “pruebas médicas precisas” para conocer el estado real del paciente y así poder evitar las caídas del perjudicado, junto con la falta de información a sus familiares, lo que les habría impedido ejercer personalmente esa vigilancia.

Sin embargo, analizado el expediente, hemos de señalar que no consta en él ninguna prueba que permita sostener las imputaciones de los reclamantes.

Para poder realizar nuestro análisis sobre el nexo causal entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario hemos de realizar, con carácter previo, un pronunciamiento sobre los hechos, dadas las evidentes contradicciones entre los referidos en la reclamación y los datos que constan en la historia clínica y en los informes de los servicios asistenciales. Pues bien, tras la atenta lectura de toda esa documentación, hemos de manifestar que el relato de hechos que se realiza en el escrito de reclamación omite algunos datos esenciales y realiza afirmaciones carentes de soporte probatorio.

En primer lugar, se omiten en la reclamación las circunstancias concretas en las que se produce la primera de las caídas a las que aluden, que, tal como se comprueba en la historia clínica, se produjo al subirse el perjudicado en una

silla cuando intentaba “encender la TV” en la sala de estar de los pacientes. En segundo lugar, no existe prueba alguna de que, como sostienen los reclamantes, “fuera atendido por una empleada de la limpieza, horas después”. Al contrario, consta un documento -“Protocolo de caídas”- en el que una enfermera identificada con nombre y apellidos señala que “a las 7:45 sentimos un ruido en la sala de estar, acudo y veo al paciente caído en el suelo y la silla volcada. Le ayudo a levantarse y le pregunto que cómo se ha caído. Me explica que se subió a la silla para encender la TV. Tomo (constantes), no déficit de consciencia. Se queja de dolor en el costado (D) y del codo. Camina sin ayuda” y lo acompaño “hasta su habitación” (folio 34).

En tercer lugar, niega la Administración que existieran pruebas pendientes de realizar que pudieran guardar relación con la falta de medidas de vigilancia, y por ende, con la primera de las caídas. Consta en el informe de alta del Servicio de Neurología que los propios interesados aportan, el detalle de todas las pruebas realizadas entre los días 26 de diciembre de 2008 (ingreso) y 17 de enero de 2009 (el anterior a la caída): analítica, serología, electroforesis, ECG, Rx tórax, Tac craneal los días 26 y 29 de diciembre de 2008, EEG eco-Tsa, y finalmente Tac craneal y angio-TC intra y extra craneal, que confirma el resultado de “estenosis del 80% en origen de carótida interna derecha”. En dicho informe consta también que tras la recuperación de la clínica por la que se produjo el ingreso del paciente, se inician entonces los “estudios para filiar el evento presentado”. Debido al citado hallazgo de estenosis de carótida interna, el paciente continúa ingresado a la espera de valoración “por el Servicio de Cirugía Vasculuar”, para la realización de una “endarterectomía carotídea”, según se desprende de los diferentes informes aportados por el servicio responsable.

Por otra parte, en lo que atañe a la segunda de las caídas que refieren los reclamantes, el servicio responsable describe el episodio señalando que “el día 21 de enero de 2009 a la 1 de la madrugada encuentran al paciente sentado en el suelo con bajo nivel de consciencia y sudoroso. No se evidenció que hubiese habido caída y no presentaba lesiones externas a nivel craneal ni a ningún otro nivel”. Y en el mismo sentido, en las “observaciones de enfermería”

correspondientes a tal incidente (folio 49) se describe el resultado de un control realizado a las 23 horas del día 20 de enero de 2009, anotándose posteriormente, a las 23:30 del mismo día, que “se le encuentra recostado (sobre la) silla y (sentado en el) suelo. Muy sudoroso”.

Sobre las circunstancias en las que se encontraba el paciente que pudieran haber dado lugar a la necesidad de adoptar medidas de contención o de vigilancia específicas -reproche que subyace en la reclamación presentada-, los interesados no aportan prueba alguna y, sin embargo, de lo documentado en la historia clínica, no se desprenden tales necesidades. Por una parte, el servicio responsable informa de que el paciente ingresa con “síndrome confusional a estudio”, si bien una vez ingresado “experimentó mejoría fundamentalmente de los síntomas que presentaba en funciones cognitivas, mostrándose consciente, orientado en tiempo y espacio, atento y colaborador”. En la historia clínica que tenemos a nuestra disposición, aunque incompleta, también constatamos anotaciones en el mismo sentido. Así, en las observaciones de enfermería correspondientes al día 16 de enero de 2009, se indica a las 9 horas “levantado al sillón”, y al día siguiente, a las 21 horas, que se encuentra “paseando con familia”.

A ello hemos de añadir que en “Protocolo de Caídas” cumplimentado a resultas de la sufrida el día 18 de enero de 2009, se refleja que el paciente tenía un nivel de conciencia “alerta”, sin limitaciones funcionales, que el nivel de autocuidado era “independiente” y que no se le administraba ninguna mediación que pudiera “influir en la caída”.

Teniendo en cuenta todo ello, consideramos acreditado que el paciente sufrió una caída accidental, el día 18 de enero de 2009, al encaramarse sobre una silla para manipular al televisor de una sala de estar. El paciente no tenía antes de la caída limitaciones funcionales, y era independiente en las labores de autocuidado, mostrándose consciente y orientado. Como consecuencia del accidente, tan solo refiere dolor costal y en codo derecho, únicos síntomas que sigue manifestando hasta la noche del 20 de enero siguiente, fecha en la que, siendo las 23:30 horas, “se le encuentra recostado (sobre la) silla y (sentado en

el) suelo. Muy sudoroso”, objetivándose posteriormente un hematoma subdural del que no se pudo recuperar, falleciendo en la UVI el día 23 de enero de 2009.

Teniendo en cuenta todo ello, no apreciamos actuación negligente de la Administración sanitaria, que no puede imponer medidas de contención extraordinarias a un paciente que no presenta síntomas que las justifiquen. De igual modo, hemos de concluir que tampoco consta acreditado que se ocultase a la familia información sobre el estado del paciente, dato que los responsables médicos niegan, y que tan solo se recoge en el relato *ex post* de los interesados, sin indicio probatorio alguno. Teniendo en cuenta que el paciente llevaba ingresado 23 días, resulta incomprensible que tal supuesto comportamiento de los responsables médicos no hubiera sido objeto de queja o denuncia por parte de aquellos. Por tanto, no podemos considerar acreditada esa imputación aunque, en todo caso, apreciamos que aun si resultasen ciertas tales omisiones de información, estas no guardarían relación alguna con el origen de la caída y, en consecuencia, con el desenlace, dado que el paciente, hemos de recordar una vez más, no estaba sometido a ninguna medida restrictiva o de cuidado especial, siendo capaz de valerse por sí mismo, por lo que nada se le podría haber dicho a la familia que pudiera haber evitado su libre acceso a la sala de estar.

En tales circunstancias, no podemos dar por acreditado el déficit de atención que se alega por los reclamantes, ni el estado de abandono en el que señalan haberse producido la muerte del paciente. Al contrario, consideramos que fue atendido correctamente de los síntomas que presentó en cada momento, habiendo sufrido un hematoma subdural tras una caída accidental que, como señala el informe de 13 de febrero de 2010 del Coordinador de Neurología, quedó “enmascarado por un traumatismo torácico que primó en la sintomatología del paciente”. Por último, consideramos que la muerte del paciente no guarda relación con una supuesta falta de información médica -imputación que no juzgamos acreditada-, teniendo en cuenta que los profesionales encargados de su asistencia nunca consideraron necesario

imponer al paciente medidas especiales de vigilancia o contención, por lo que nada habría de informarse a la familia en este concreto aspecto.

En definitiva, la actuación de la Administración sanitaria fue correcta, no apreciándose relación de causalidad entre la asistencia prestada y el daño alegado, producto de una caída casual no imputable al servicio público.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.