

Expediente Núm. 340/2017
Dictamen Núm. 61/2018

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de abril de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de diciembre de 2017 -registrada de entrada el día 20 del mismo mes-, y una vez atendida, por escrito de 7 de marzo de 2018 -registrado de entrada el día 14 de ese mes-, la diligencia para mejor proveer, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a la ausencia de medidas tendentes a evitar su caída de la cama del hospital.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 24 de marzo de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a la ausencia de medidas tendentes a evitar su caída de la cama mientras se encontraba ingresado en un hospital del servicio público de salud.

Expone que el día 5 de junio de 2014 acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" con "clínica compatible con pancreatitis de cola y contusión colon transverso", por lo que se decide su ingreso y es trasladado al Hospital `Y`. Según refiere la familia y consta en el informe de alta, "hacia las 03:00 (*sic*) del día 06-06-2014 acude (...) enfermería a la habitación (...) y se encuentran al paciente en el suelo (...) con un cuadro confusional y de nuevo diaforético (...), apreciándose un traumatismo sobre región parietal D./ A las 07:00 del día siguiente, 07-07-2014, se avisa de un cuadro desorientativo con asimetría pupilar, realizándose un TAC cerebral urgente" con traslado al hospital de referencia. En él, "a la vista de las lesiones existentes, se decide intervención quirúrgica urgente, realizándosele una craneotomía frontolateral I y evacuación hematoma subdural y frontobasal con hemostasia y no reposición del hueso".

Señala que "con fecha 14-10-2014 (...) es reintervenido (...), realizándosele una craneoplastia con buena evolución". Tras ser objeto de rehabilitación ("terapia ocupacional, recuperación neurológica y funcional"), es "dado de alta el 21-10-2014".

Indica que "ante el estado" que presenta su familia decide acudir a un centro de rehabilitación privado entre el 1 de diciembre de 2014 y el 30 de junio de 2016, donde se concluye que la sintomatología "es encuadrable dentro de trastorno orgánico de la personalidad de carácter leve", precisándose que "el trastorno craneoencefálico sufrido deja importantes secuelas (...) que impiden su re inserción a su actividad habitual de estudiante de Ingeniería de Telecomunicaciones y que tendrá impacto para su futuro y proyecto vital, siendo encuadrado dentro del grado de invalidez permanente absoluta".

Afirma que "en la madrugada del 06-06-2014 (...) sufrió una primera caída cuya TAC no evidenció ninguna alteración. Pero, en el colmo de los despropósitos y sin poner una mínima diligencia (...), en la madrugada del 07-06-2014 sufre (...) una nueva caída desde la cama, y aquí sí el TAC evidenció importantes lesiones a nivel craneal". Añade que "la caída de la cama hospitalaria (hasta por dos veces) no se previó eficazmente, siendo obligado extremar las precauciones adoptando las medidas precisas", no resultando "suficiente la colocación de barandillas o un collarín cuando las características

de las dolencias por las que ingresó el paciente, conocidas del personal asistencial, exigían unas medidas adecuadas a las mismas (...), todo lo cual supone que la asistencia prestada en el caso concreto no se ajustó a la *lex artis*, pues no se pusieron los medios necesarios y posibles para evitar la grave lesión sufrida”.

Sobre la cuantificación del daño, solicita una indemnización por importe de doscientos noventa y cuatro mil cuatrocientos cuarenta y cinco euros con noventa y cuatro céntimos (294.445,94 €), que corresponde a: 138 días de hospitalización, 41 días improductivos, 15 puntos por craneoplastia, 20 puntos por trastorno orgánico de la personalidad de carácter leve, 191.725,31 € de corrección por invalidez permanente absoluta y 26.140 € por gastos médicos.

Junto con la reclamación aporta: a) Informe de alta del Servicio de Neurocirugía del Hospital “X”, de 21 de octubre de 2014. b) TC toraco-abdominal, de 5 de junio de 2014. c) Informe del Servicio de Urgencias de este centro, de la misma fecha. d) Informe de alta de hospitalización del Servicio de Cirugía General y Digestiva, de 20 de agosto de 2014. e) Informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva, de 28 de julio de 2014. f) Informes de valoración de una clínica privada de rehabilitación neuronal. g) Informe de valoración del daño corporal realizado por un gabinete médico privado, de 9 de marzo de 2017. h) Dieciocho facturas de una clínica privada de rehabilitación neuronal, por importe total de 26.140 €.

2. Mediante oficio de 30 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia de la reclamación presentada.

3. Con fecha 7 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. El día 11 de abril de 2017, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un "informe de los servicios intervinientes (...) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica".

Con idéntica fecha, requiere a la Gerencia del Área Sanitaria VII un "informe del servicio interviniente (...) en relación con el contenido de la reclamación, así como una copia de la historia clínica".

5. Mediante oficio de 28 de abril de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente en formato electrónico; el 4 de mayo de 2017 le envía el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Neurocirugía, y el 8 de ese mismo mes le traslada los "informes médicos emitidos por el AGC de Rehabilitación".

El informe suscrito el 27 de abril de 2017 por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "X" recoge los tratamientos dispensados en dicho centro tras el ingreso "en coma estructural secundario a traumatismo craneoencefálico grave", donde fue "operado de urgencia", efectuándosele una "craneotomía descompresiva y evacuación de hematomas epidural y subdural frontotemporales izquierdos./ También presentaba contusiones hemorrágicas cerebrales en el hemisferio izquierdo".

El informe del Servicio de Rehabilitación de 2 de mayo de 2017 relata el tratamiento rehabilitador seguido y las sucesivas revisiones. Sobre el origen de las lesiones, se limita a indicar que sufrió un traumatismo "cráneo-encefálico que dio lugar a hematoma subdural que precisó craniectomía de drenaje".

El informe del mismo Servicio de 8 de mayo de 2017 reseña que el paciente, tras acudir al Hospital "X", fue ingresado "por motivos administrativos" en un hospital comarcal, y que "en las primeras horas presenta episodios puntuales de desorientación. El 06-06-14, según refiere la familia, sufre una caída desde la cama (...). En la madrugada del 07-06-14, tras nueva caída, se le repite un TC craneal: hematoma subdural izquierdo (...), hematoma

frontal izquierdo (...). Hematoma temporal anterior izquierdo (...), hemorragia subaracnoidea temporoparietal. Hematoma subcutáneo en región parietooccipital derecha. Ante dichos hallazgos lo trasladan” al Hospital “X”. Tras el tratamiento presenta “trastorno de la marcha. Trastornos neuropsicológicos. Alteración de la lectoescritura. TCE”.

6. El día 17 de mayo de 2017, la Gerente del Área Sanitaria VII remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene el informe del Servicio de Cirugía y la historia clínica del paciente.

El informe médico, elaborado el 12 de mayo de 2017 por la Jefa del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, señala que ingresó el “día 5-6-2014, a las 21:11 horas (...), por traumatismo abdominal de 4 días de evolución (...). Se encontraba estable, con dolor a la palpación en epigastrio (...). En el momento del ingreso el paciente no refiere fiebre ni alteración del hábito intestinal”, y tampoco se aprecian “equimosis ni lesiones cutáneas abdominales”.

Reseña que “en la mañana del día 6-6-2014 (...) presenta un cuadro confusional agudo con signos vegetativos y con diaforesis, aunque con constantes mantenidas (...), decidiéndose en dicho momento la realización de TAC cerebral sin hallazgos aparentes. El paciente presenta recuperación espontánea *ad integrum* de dicho cuadro y es valorado de forma urgente por el Servicio de Medicina Interna./ El diagnóstico (...) es de síncope y síndrome confusional, siendo importante el contexto de paciente policontusionado y sin antecedentes neurológicos previos./ Tras este episodio consta orden médica, a las 11:35, de `reposo en cama con barreras´. Además se permitió el acompañamiento de familiares./ A primera hora de la tarde presenta un nuevo episodio con pérdida de conocimiento y caída con traumatismo craneoencefálico no presenciado. En esta ocasión el paciente es encontrado en el suelo de la habitación confusional y de nuevo diaforético con leves movimientos tónico-clónicos y mirada desviada (observado por enfermería) y con traumatismo sobre región parietal derecha. De nuevo constantes estables (...). Cuando los médicos de guardia llegan a la habitación (...) está en situación

poscrítica, recuperándose a los pocos minutos de forma completa (...). Permanece estable durante el resto de la tarde, somnoliento y sin dolor (...). En la madrugada del día 7-6-2014 avisan nuevamente al cirujano de guardia por nuevo episodio de desorientación y caída en presencia de un familiar acompañante y con orden de barreras de cama levantadas. Presenta importante diaforesis, encontrando en esta ocasión una asimetría pupilar”.

Finalmente, afirma que “tras llegar al diagnóstico de hematoma frontal izquierdo y subdural izquierdo se procedió al traslado urgente en UVI móvil para valoración por Neurocirugía e ingreso en UCI”.

7. Con fecha 3 de septiembre de 2017, a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, emiten informe tres especialistas en Neurocirugía. En él se indica que hacia las 15:00 horas del día 6 de junio de 2014 el paciente solicita analgesia a enfermería y que “en el tiempo (en) que la enfermera acude a por la medicación y regresa (...) es encontrado en el suelo de su habitación con un cuadro confusional, con excesiva sudoración, así como leves movimientos tónico-clónicos y mirada desviada (...). Cuando los facultativos acuden a la habitación lo encuentran en situación poscrítica, recuperándose a los pocos minutos con una exploración neurológica y abdominal dentro de la normalidad (...). A las 07:00 h del día 07-06-14 se avisa por nuevo episodio de desorientación. Refiere su padre que al levantarse sufrió una caída. En la exploración destaca una asimetría pupilar I>D. Minutos después sufre un nuevo episodio de desorientación y sudoración profusa, se levanta al baño y se arranca la vía”.

Sobre la valoración de lo sucedido, señalan que “el día del ingreso (...) el paciente no presentaba ningún tipo de limitación física, deambulaba frecuentemente y presumiblemente no tenía riesgo de caída. Según el informe de la Jefa del Servicio (...), tras el cuadro confusional y vegetativo de la mañana del día 06-06-14 se anotó en las órdenes médicas la permanencia de reposo en cama con barreras (...). Hacía las 15:00 h del mismo día el paciente llama al timbre y solicita a la enfermera un analgésico, cuando esta regresa lo encuentra en el suelo de su habitación con un cuadro confusional (...). En este corto

periodo de tiempo (...) probablemente habría intentado levantarse y se habría caído (...). En el segundo episodio de caída (...) sí consta que (...) se encontraba acompañado de su padre y que la caída se produjo al intentar levantarse. Según informe de la Jefa de Cirugía existía la orden de barreras de cama levantadas”.

Sobre el riesgo de caídas en los hospitales, afirman que “sigue presentando en la actualidad una alta incidencia a pesar de las medidas encaminadas a evitarla. Las causas son multifactoriales: edad del paciente, estado cognitivo, situación física y general, tiempo de estancia hospitalaria, etc. Se han utilizado multitud de intervenciones para minimizar el riesgo (...). En la literatura científica existen estudios que han demostrado que algunas caídas se van a producir a pesar de que se usen sujeciones en el momento de la caída. Estudios descriptivos han demostrado que los pacientes se caen de la cama a pesar de estar levantadas las barandillas. Es decir, las barandillas y sistemas de sujeción no proporcionan una protección total ante las caídas (...). A causa de esta falta de información no pueden hacerse recomendaciones generales en lo que concierne al uso de barandillas y sujeciones. Por otra parte, el uso de sujeciones mecánicas que limitan la movilidad del paciente con riesgo son muy controvertidas”.

Concluyen que “una vez evaluados todos los informes aportados consideramos que todas las actuaciones médicas (...) han sido totalmente correctas, sin evidencias de mala praxis o actuación médica contraria a la *lex artis*”.

8. El día 17 de octubre de 2017, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente administrativo al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

9. Mediante escrito notificado al interesado el 25 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la

apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de 15 días.

10. Con fecha 4 de diciembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Sobre la base de los informes incorporados al procedimiento, argumenta que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. Desde el primer cuadro confusional en la mañana del día 6-6-2014 se había ordenado la colocación de barreras en la cama. Se cae cuando iba al baño, a pesar de estar la familia. Se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para recuperar las lesiones que presentaba”.

11. En ese estado de tramitación, mediante escrito de 15 de diciembre 2017, 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 Sanidad, cuya copia adverada adjunta en soporte digital.

Con fecha 25 de enero de 2017 (*sic*), el Consejo Consultivo solicita, “para mejor proveer, que se complete la historia clínica con la documentación relativa a la orden médica del día 6 de junio de 2014, a las 11:25, sobre colocación de barreras, y que se incorpore la documentación o, en su defecto, informe del servicio responsable, sobre las circunstancias en que se produjo la caída, la efectiva ejecución de esa orden médica y la situación en que se encontraba la barrera en la madrugada del día 7 de junio de 2014, cuando se produjo la segunda caída del paciente”.

Mediante escrito de 7 de marzo de 2018, V. E. remite un CD con “la documentación solicitada”, instando su incorporación “al expediente que pende ante ese órgano”.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 24 de marzo de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen (la caída de la cama del hospital) el día 7 de junio de 2014. No obstante, el paciente tras la asistencia prestada en la sanidad pública siguió un proceso de rehabilitación en una clínica privada hasta el 30 de junio de 2016, fecha en la que es dado de alta con

determinadas secuelas, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Ahora bien, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente en el expediente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse al pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 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.- Se somete a nuestro dictamen una reclamación de responsabilidad patrimonial por las lesiones derivadas de una caída de la cama de un hospital de la red pública, que se atribuye a una “más que deficiente (...) atención”, dado que se precipitó al suelo en dos ocasiones “al no ponersele barreras en la cama pese al cuadro clínico que presentaba”, añadiendo a continuación que “la caída de la cama hospitalaria (hasta por dos veces) no se previó eficazmente, siendo obligado extremar las precauciones adoptando las medidas precisas existentes”, no resultando “suficiente la colocación de barandillas o un collarín cuando las características de las dolencias por las que ingresó (...) exigían unas medidas adecuadas a las mismas”.

La realidad de la existencia de las lesiones y que estas se producen como consecuencia de una caída cuando se encontraba ingresado en un hospital público no resulta controvertida.

Ahora bien, la existencia de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y materializado en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente en la fase de diagnóstico tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En este caso el interesado, que no aporta prueba pericial alguna, ni siquiera comparece en el trámite de alegaciones, por lo que este Consejo ha de formar su criterio sobre la base de la historia clínica y los diferentes informes incorporados al procedimiento por la Administración y su compañía aseguradora.

El perjudicado formula un único reproche al funcionamiento del servicio público, al que atribuye una responsabilidad por omisión. En efecto, no se habrían desplegado -a su entender- los medios adecuados "existentes" para evitar las caídas. Y si bien afirma en su reclamación que no se pusieron "barreras" en la cama para evitarlas, a continuación subraya que las

“barandillas” no serían suficientes, aunque no indica cuáles habrían sido las concretas “medidas” existentes de protección omitidas por el hospital.

Por lo que se refiere a la colocación de barreras, consta en la historia clínica que antes de la primera caída, tras un primer episodio confusional a las 11:25 horas del día 6 de junio de 2014, se prescribió “reposo en cama con barreras”, y que además “se permitió el acompañamiento de familiares”. Según afirma la Jefa del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital “Y” en el informe que realiza en cumplimiento la diligencia para mejor proveer, “la orden de reposo en cama con barreras laterales fue activada en las órdenes de la historia electrónica (...) y comunicada al personal de enfermería de la planta el día 6-6-2014 a las 11:25 horas. Se activó de forma continua y no fue suspendida en ningún momento de la permanencia restante del paciente en el centro (...). Teniendo constancia de su ejecución y cumplimiento tras haberlo comprobado con la supervisora de la planta”. Consta igualmente en la descripción del episodio de la primera caída que el paciente “llama al timbre, refiere dolor abdominal. Al ir a poner la analgesia pautada lo encontramos tirado en el suelo” (hojas de observaciones de enfermería de 6 de junio de 2014, a las 15:36). En consecuencia, hemos de considerar acreditado que se pautó y ejecutó la orden de colocación de barreras cuya existencia niega el interesado. También queda probado que se permitió el “acompañamiento de familiares”, y que el paciente disponía de un timbre para solicitar asistencia del personal de enfermería.

A continuación el interesado se refiere en su escrito inicial a la omisión de medidas necesarias, que no concreta, afirmando que no son suficientes las “barandillas o un collarín”. Sobre este extremo, y ante la falta de especificación (y prueba) de cuáles pudieran ser esas medidas, este Consejo Consultivo tiene en cuenta el informe pericial emitido por tres especialistas en Neurocirugía, en el que se afirma que las caídas en hospitales siguen “presentando en la actualidad una alta incidencia” pese a las medidas para minimizar el riesgo, entre las que se incluyen “pulseras de colores, adhesivos en puertas, timbre de llamada, sujeciones mecánicas, barandillas, sujeciones en extremidades, chalecos, información y acompañamiento de familiares. Por otra parte, el uso de

sujeciones mecánicas que limitan la movilidad del paciente con riesgo son muy controvertidas. En la literatura científica existen estudios que han demostrado que algunas caídas se van a producir a pesar de que se usen sujeciones en el momento de la caída. Estudios descriptivos han demostrado que los pacientes se caen de la cama a pesar de estar levantadas las barandillas. Es decir, las barandillas y sistemas de sujeción no proporcionan una protección total ante las caídas (...). A causa de esta falta de información no pueden hacerse recomendaciones generales en lo que concierne al uso de barandillas y sujeciones". Es decir, existen dos tipos de medidas de contención respecto a las caídas desde la cama, la colocación de barreras o barandillas en sus laterales y la sujeción mecánica de los pacientes, y ninguna de las dos es totalmente eficaz; además la sujeción mecánica que limita la movilidad del paciente resulta, lógicamente, muy controvertida. Junto a ellas existen otras complementarias, como el "timbre de llamada" y el "acompañamiento de familiares".

En el caso concreto que analizamos se utilizaron tres de las medidas que los especialistas reconocen como posibles: las barreras laterales, el timbre de llamada y el acompañamiento de familiares. Ninguno de los informes médicos incorporados al expediente plantea que, a la vista de las condiciones que presentaba el interesado -ingresado en la planta por un "dolor abdominal"- hubiera sido precisa la "sujeción mecánica del paciente"; única alternativa que a tenor de los especialistas referidos resulta posible (aunque muy controvertida) en determinados supuestos. Consecuentemente, no podemos dar por acreditada la omisión de medidas de contención a las que, de modo genérico, alude el reclamante.

En definitiva, consideramos probado que la segunda de las caídas, la que produce el daño por el que se reclama, tiene lugar -según las manifestaciones del padre del paciente que se encuentra acompañándole en la habitación- al iniciar un "episodio con desorientación, deseo de levantarse y caída" (anotación en las hojas de curso clínico correspondiente a las 6:54 horas del día 7 de junio de 2014), no por la inexistencia de un mecanismo de contención (barreras) cuya pauta consta ordenada y ejecutada. También queda acreditado que se

encontraba acompañado de un familiar y que la habitación disponía de un timbre para solicitar la presencia del personal de enfermería. Finalmente, ninguno de los informes médicos incorporados al expediente pone de manifiesto que el estado previo del paciente hubiera requerido implementar otras medidas para evitar riesgos de caída, y por ello no podemos dar por probada la omisión de alguna de ellas.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.