



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y
ponente

Sra. Ares González, Consejera

Sr. Herrera Campo, Consejero

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de mayo de 2022, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. yyy1 y D. yyy2 y D. yyy3*, y, a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 198/2022

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 18 de abril de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy4, en nombre y representación de Dña. yyy1, D. yyy2 y D. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, respectivamente, D. vvvv.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 21 de abril de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 198/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 28 de abril de 2019 D. vvvv sufrió un accidente de tráfico que le provocó un traumatismo craneoencefálico severo (TCE) con pérdida de conocimiento y desorientación. Trasladado al Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxx1, fue evaluado a las 14:30 horas, presentando Glasgow 15 sobre 15. Por la tarde se realizó TAC



craneal con el siguiente resultado: "a nivel cerebral no se visualizan colecciones hemorrágicas, ni signos de isquemia aguda ni desviación de las estructuras de la línea media, ni lesiones sólidas ocupantes de espacio. Sí se observan alteraciones crónicas, sin cambios significativos respecto a estudio previo, salvo discreta ampliación de surcos cerebrales en relación con componente de atrofia cortical. Respecto a la zona facial se observa ocupación del seno maxilar derecho (hemoseno), así como fracturas de las paredes anterior, posterior y medial del seno. Fractura mínima, no desplazada, del suelo de la órbita derecha y doble trazo de fractura de la rama cigomática del mismo lado, ligeramente desplazada".

El 29 de abril se realizó un segundo TAC craneal en el que se manifiestan nuevos hallazgos: "hematoma intraparenquimatoso agudo, en la región superior del hemisferio cerebeloso izquierdo de 2,7 x 1,9 cm., con halo hipodenso de edema perilesional y leve efecto masa asociado, y HSA (hemorragia subaracnoidea) aguda ocupante de los aspectos posterior e izquierdo de la cisterna peritroncular con componentes extendidos al ángulo ponto cerebeloso del mismo lado. Dudoso componente de hemorragia subdural aguda que afecta a tentorio izquierdo".

El 30 de abril se trasladó al paciente al Hospital hhh2 de xxx2, seudoanelgesiado y conectado a ventilación mecánica invasiva, ingresando en la Unidad de Reanimación Cardíaca del Servicio de Anestesiología. Fue valorado por el Servicio de Neurocirugía, que suturó la herida inciso-contusa craneal y consideró que las lesiones intracraneales no eran susceptibles de tratamiento quirúrgico. Se mantuvo ventilación mecánica durante 24 horas.

El 1 de mayo se inició nutrición enteral estándar (no se inicia dieta oral porque la apertura permanente de la boca impide la deglución). El Servicio de Neurocirugía descartó la intervención por no ser el paciente tributario de tratamiento neuroquirúrgico, atendiendo a las lesiones intracraneales residuales establecidas en la tomografía de control, decidiendo actitud conservadora.

El 3 de mayo de 2019 se realizó TAC cerebral de control, en el que se apreciaron ligeras reducciones de los componentes hemáticos subaracnoideo, submandibular de cisterna cuadrigémina e intraparenquimatoso cerebeloso, línea media centrada, sin cambios respecto al TAC previo. Se realizó protocolo diagnóstico de sepsis, por elevación de marcadores de infección y de secreciones sugestivas de infección, iniciando tratamiento antibiótico empírico, decidiendo actitud conservadora de la fractura orbitaria (salvo si



aparecía diplopía) y de la luxación mandibular (atribuida a edema zigomático transitorio).

El 5 de mayo se observó, en el TAC de control, mínimo aumento del efecto masa sobre la vertiente lateral izquierda de la protuberancia, secundario a la existencia de hemorragia subaracnoidea en la cisterna cuadrigémina ipsilateral, resto sin variación respecto al TAC previo.

El 13 de mayo se movilizó al paciente, levantándolo de la cama al sillón, con sujeción abdominal, y se produjo una caída del paciente hacia delante al intentar levantarse por voluntad propia, sin perder la consciencia en ningún momento. Se acostó al paciente, avisando al médico responsable. El Servicio de Neurocirugía revisó la herida y repitió TAC cerebral de control, apreciándose cambios crónicos parenquimatosos, con disminución del hematoma subdural en tentorio y del hematoma intraparenquimatoso cerebeloso izquierdo y occipital ipsilateral, observándose también mejoría del nivel hemático visto en astas occipitales de los ventrículos laterales y mejoría de la hemorragia subaracnoidea. No se visualizaron nuevos focos de hemorragia aguda. El sistema ventricular cerebral estaba de tamaño normal para la edad del paciente. Como hallazgo de nueva aparición, se visualizó una línea de fractura a nivel de la pirámide nasal y de los huesos propios de la nariz. El resto de las fracturas previas del macizo facial, sin cambios. La fractura nasal fue reducida e inmovilizada con férula nasal durante 7 días por el Servicio de otorrinolaringología. Se colocó sonda nasogástrica para alimentación.

El 12 de junio el paciente presentaba Glasgow fluctuante, de alrededor de 8-9 (coma). Estaba apirético, pero presentaba derrame pulmonar basal bilateral y saturación de O₂ en torno al 93 % mantenida con oxigenoterapia y aerosolterapia, en tratamiento de Ceftalidima Avibactam, Linezolid y Fluconazol además de su polimedicación crónica, excepto anticoagulación (ya que aún no se habían resuelto sus lesiones hemorrágicas cerebrales).

De acuerdo con la familia, se trasladó al paciente a la UCI del Complejo Asistencial Universitario de xxx1, donde permaneció hasta el 18 de junio de 2019. Durante su estancia se repitieron TAC craneal (17 de junio de 2019) en el que se apreció la práctica resolución de las lesiones hemorrágicas (HSA; subdural; intraventricular, hemorragia cerebelosa) y EEG (14 de junio de 2019), en el que se seguía observando la encefalopatía difusa moderada. La valoración por parte del Servicio de Neurología (13 de



junio de 2019) indicaba un estado vegetativo o de mínima consciencia con una exploración similar a la del Hospital hhh2 de xxx2.

El 19 de junio se trasladó al paciente a planta de Neurología, con respiración espontánea, pero en situación de mínima consciencia: no abría los ojos, no obedecía órdenes, no emitía lenguaje, reflejos disminuidos o abolidos; presentaba también dificultad respiratoria por abundantes secreciones, con apneas prolongadas y episodios de cianosis. La exploración neurológica del paciente no se justificó únicamente por secuelas de hematoma cerebeloso, por lo que se sospechó edema cerebral con afectación cortical difusa y posible daño axonal, sin poder confirmarlo por contraindicación de realización de RMN (por ser portador de marcapasos).

El 20 de junio se constata mal pronóstico neurológico a medio y largo plazo, y mal pronóstico a corto plazo por sus complicaciones respiratorias. Se inició tratamiento sintomático predominando el confort del paciente, de acuerdo con su familia.

El paciente falleció el 22 de junio de 2019.

Segundo.- El 14 de abril de 2020 D. yyy4, en nombre y representación de los herederos de D. vvvv, en concreto de Dña. yyy1 y de D. yyy2 y D. yyy3, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica, por el fallecimiento de aquel (esposo y padre de estos, respectivamente), que atribuyen a una defectuosa asistencia prestada en la Unidad de Reanimación Cardíaca del Servicio de Anestesiología del Hospital hhh2 de xxx2.

Los reclamantes consideran que la falta de diligencia en el cuidado y vigilancia del paciente durante su estancia en la Unidad de Reanimación del Hospital hhh2 de xxx2 motivó que se cayese al suelo desde el sillón en el que fue colocado por el personal del hospital y se golpeará la cabeza. Dicha caída produjo fractura de pirámide nasal y de los huesos propios de la nariz, y que volviera a situación de coma. Alegan que existe relación de causalidad entre la caída del paciente y el fallecimiento.

Incorporan a su reclamación certificado de fallecimiento, libro de familia, escritos para acreditar la representación y diferentes informes médicos.



Cifran inicialmente la indemnización reclamada en 189.756,66 euros (141.870,74 euros para Dña. yyy1, 26.775,24 euros para D. yyy2 y 21.110,68 euros para D. yyy3).

Tercero.- Además de la historia clínica del reclamante, al expediente se incorporan los siguientes informes:

- Informe de 13 de julio de 2020, de la jefe de Sección de Neurología del Complejo Asistencial Universitario de xxx1, al que se adjunta el informe de alta por exitus en el Servicio de Neurología.

- Informe de 24 de julio de 2020 del jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial Universitario de xxx1, al que se acompaña el informe de alta en dicho Servicio de 18 de junio de 2019.

- Informe de 6 de agosto de 2020 del jefe de la Unidad de Reanimación del Hospital hhh2 de xxx2.

- Informe de 12 de junio de 2019, de alta en la Unidad de Reanimación Cardíaca del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital hhh2 de xxx2, remitido por dicho Servicio el 24 de agosto de 2020.

- Informes de 12 y 13 de noviembre de 2020, realizados por la facultativa y por el jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital hhh2 de xxx2.

- Informe de 20 de noviembre de 2020, del subdirector médico del Área Quirúrgica del Hospital hhh2 de xxx2.

- Informe de 12 de diciembre de 2020, realizado por la directora de Enfermería del Hospital hhh2 de xxx2. Aporta documentos solicitados por la Inspección Médica: protocolo prevención de caídas, protocolo de sujeciones mecánicas e informe de las jefas de Unidad de Reanimación de 1 de diciembre de 2020.

- Informe de 14 de enero de 2021, de la inspectora médico de la Gerencia de Salud de las Áreas de xxx2.



- Dictamen médico pericial emitido el 8 de marzo de 2021 a instancia de la aseguradora de la Administración por una especialista en medicina intensiva.

Cuarto.- El 15 de junio de 2021 los interesados aportan Auto de 14 de octubre de 2020, del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 1 de xxx1, dictado en las Diligencias Previas Procedimiento Abreviado 276/2019, que decreta el sobreseimiento provisional del procedimiento, promovido por D. vvvv como querellante, contra ssss Seguros Generales, S.A. y D. yyy5 por delito de lesiones por imprudencia.

En el seno de este procedimiento consta que los actuales reclamantes han aceptado "el 50 % del importe resultante por aplicación del baremo", cantidad ofertada por la aseguradora mencionada; así como un escrito en el que los interesados reconocen el pago de esta cantidad.

También se aporta el informe médico forense de autopsia emitido el 25 de junio de 2019 en dicho procedimiento.

Quinto.- Concedido trámite de audiencia, el 15 de julio de 2021 los reclamantes presentan alegaciones en las que se ratifican en su reclamación, reconocen el pago del 50 % de su pretensión resarcitoria por la aseguradora del vehículo que causó el accidente y solicitan como indemnización 94.878,33 euros, es decir el 50 % restante de los daños sufridos. Exponen que "se reclama el importe en un 50 % porque (...) la [aseguradora] del vehículo implicado en el accidente únicamente abonó un 50 %, al asumir una concurrencia de culpas entre su vehículo y el hecho reclamado en la presente reclamación, la caída de Don vvvv mientras se encontraba en la UCI el día 13/05/2019".

Sexto.- El 14 de octubre de 2021 la inspectora médica, a la vista de las alegaciones, se ratifica íntegramente en su informe anterior.

Séptimo.- El 21 de marzo 2022 se formula propuesta de orden estimatoria parcial, por la que se reconoce a Dña. yyy1 y a D. yyy3 una indemnización de 217,35 euros.

Octavo.- El 24 de marzo de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.



En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en el título IV, "De las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común", de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (14 de abril de 2020) hasta que se formula la propuesta de orden (21 de marzo de 2022). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el



ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- Por lo que se refiere a la legitimación de los reclamantes, consta en el expediente administrativo un primer requerimiento efectuado el 1 de junio de 2020 por la Administración a D. yyy4, para que acreditara la representación de Dña. yyy1, D. yyy3 y D. yyy2 (página 24 del expediente), que fue contestado mediante escrito firmado por Dña. yyy1 y D. yyy3 en el que reconocen la designación de D. yyy4 para la defensa y representación de sus intereses en este procedimiento. El citado escrito no aparece suscrito, sin embargo, por D. yyy2.

Efectuado un segundo requerimiento a D. yyy4 el 25 de octubre de 2021 para que acreditara la representación de los reclamantes, este requerimiento no ha sido atendido.

La Administración, en su propuesta de resolución, reconoce legitimación en el procedimiento de responsabilidad patrimonial a Dña. yyy1 y a D. yyy3, pero no al tercer reclamante D. yyy2. Así, señala: "Por ello, los únicos interesados que se han personado legalmente en este procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial son Dña. yyy1 y D. yyy3. La representación, no acreditada, otorgada a D. yyy4 únicamente se considerará para los actos de mero trámite. No se tiene por personado a D. yyy2, que no ha comparecido en su propio nombre y cuya representación no se ha acreditado, pese a los dos requerimientos de subsanación efectuados por la Administración".

Conviene recordar que el artículo 68.1 de la LPAC establece que "Si la solicitud de iniciación no reúne los requisitos que señala el artículo 66, y, en su caso, los que señala el artículo 67 u otros exigidos por la legislación específica aplicable, se requerirá al interesado para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 21".



En este caso, obran en el expediente dos requerimientos realizados por la Administración para que se acreditara la representación de los reclamantes, pese a lo cual no se ha presentado documento alguno por parte de D. yyy2. Ahora bien, La Administración no ha dictado resolución expresa por la que se tiene a este por desistido de su petición, como exige el citado artículo 68.1 de la LPAC, por lo que, mientras no se dicte resolución en este sentido por la Administración, se admite la posibilidad de subsanar dicha falta de representación.

4ª.- La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

5ª.- La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

6ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, a la que se remite, de forma genérica, el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley; c) imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de



que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico como es el caso que nos ocupa.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.



Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente".

7ª.- En cuanto al fondo del asunto, los reclamantes alegan que existe nexo causal entre la caída que sufrió el paciente en el Hospital hhh2 de xxx2, ocurrida por la falta de diligencia del personal de la Unidad de Reanimación Cardíaca del Servicio de Anestesiología en la atención y cuidado del paciente durante su estancia en la citada unidad, y su fallecimiento.

El informe de la inspectora médica señala que "En el TAC que se hace después de la caída, no aparece ninguna nueva lesión cerebral, ni ningún foco hemorrágico adicional, ni tampoco aumentan o se agravan las ya existentes. Ni siquiera procede plantearse la posibilidad de que el paciente sufriera un hematoma subdural crónico, que puede ser consecuencia de un golpe pequeño, y que suele debutar días o semanas después, manifestándose muchas veces de forma insidiosa, ya que en los sucesivos TAC que se practican al paciente durante su estancia hospitalaria, tanto en xxx2 (15/05, 17/05, 29/05), como después en xxx1 (17/06) no aparece ninguna nueva lesión cerebral, ni ningún foco hemorrágico adicional, ni tampoco aumentan o se agravan las lesiones previas, más bien lo que se observa es que se han ido reduciendo algunas y resolviendo otras".

El citado informe considera, de manera rotunda, que la caída del sillón no provocó la mala evolución del paciente con resultado fatal (página 145). Y afirma, de forma concluyente, que "No procede resarcimiento alguno por el estado neurológico del paciente, ni por el resto de su estado de salud, ni por el fallecimiento posterior, ya que ninguno de estos desgraciados acontecimientos fueron consecuencia de la asistencia sanitaria, que se aplicó en todo momento de acuerdo a la evidencia científica disponible".



En el mismo sentido se pronuncia el dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración. Manifiesta que "(...) la caída en sí misma no parece haber influido negativamente en el estado neurológico del paciente. (...) La suma de lesiones cerebrales crónicas y agudas asociadas a la insuficiencia respiratoria aguda sobre un pulmón frágil y a la insuficiencia cardiaca crónica fueron los determinantes del progresivo deterioro neurológico del paciente llegando al estado vegetativo o de conciencia mínima del que fue diagnosticado por el servicio de Neurología". El citado dictamen pericial alcanza las siguientes conclusiones:

»1.- Don vvv es, al ingreso, un paciente de 74 años con varios órganos vitales (cerebro, corazón y pulmón) crónicamente enfermos y múltiples comorbilidades. Es además parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria con una discapacidad reconocida del 36 %.

»2.- Que el día 28/04/19 sufrió un atropello que en las siguientes 48 horas le causó múltiples lesiones hemorrágicas cerebrales, así como lesiones faciales. Estas lesiones se agravaron por el hecho de estar anticoagulado.

»3.- Que se trasladó del Hospital hhh1 de xxx1 al Hospital hhh2 de xxx2 por si fuera susceptible de tratamiento neuroquirúrgico o maxilofacial, donde ingresó en una unidad de atención al paciente crítico. No se consideró necesaria la cirugía

»4.- Que desde los primeros días de ingreso presentó síntomas de neumonía aspirativa, que fue diagnosticada y tratada adecuadamente con tratamiento empírico y dirigido, que le produjo una insuficiencia respiratoria que condicionó negativamente la evolución clínica del paciente.

»5.- Que la movilización precoz del paciente crítico sobre todo con problemas respiratorios es determinante para su buena evolución. Que en la URC del Hospital hhh2 de xxx2 existen protocolos de prevención de caídas y sujeciones mecánicas que se aplicaron y se cumplieron en este caso.

»6.- Que, aunque neurológicamente el paciente estuvo alerta y consciente desde que fue extubado en las primeras horas de ingreso en el Hospital hhh2 de xxx2, tuvo síntomas de síndrome confusional agudo que condicionaron que el paciente intentara levantarse de la cama, y



posteriormente del sillón con intención de irse, sufriendo una caída accidental el 13 de mayo.

»7.- Que la caída no empeoró sus lesiones intracraneales ni su estado neurológico y que le produjo una herida facial que fue suturada y la fractura de los huesos propios de la nariz que se resolvió mediante una férula en 7 días. Que estas lesiones leves y de fácil tratamiento, aunque se sumaron a su frágil situación no condicionaron en absoluto su evolución posterior ni desde luego su muerte 40 días más tarde.

»8.- Que la suma de lesiones cerebrales crónicas y agudas asociadas a la insuficiencia respiratoria aguda sobre un pulmón frágil y a la insuficiencia cardíaca crónica fueron los determinantes del progresivo deterioro neurológico del paciente llegando al estado vegetativo o de conciencia mínima del que fue diagnosticado por el servicio de Neurología”.

Los reclamantes no aportan prueba suficiente que desvirtúe el contenido de los citados informes y establezca el pretendido nexo causal entre la caída del paciente y su fallecimiento.

Finalmente, conviene poner de manifiesto que obra en el expediente auto de sobreseimiento provisional de las actuaciones seguidas contra el autor del atropello al paciente, y contra su aseguradora, por delito de lesiones por imprudencia. Y que en el seno de este procedimiento consta acuerdo por el que los actuales reclamantes aceptaron una indemnización de 94.878,33 euros (50 % de la cantidad reclamada) tras la oferta realizada por la aseguradora del vehículo; y admiten haber recibido el pago de esta cantidad.

En las alegaciones presentadas por el representante de los reclamantes en el proceso penal el 30 de enero de 2020 (casi tres meses antes de presentar la reclamación de responsabilidad patrimonial) expresamente se manifiesta: “Con motivo de la existencia de un seguro con cobertura de fallecimiento por accidente, se exige por el mismo resolución judicial o informe forense acreditando que la causa del fallecimiento lo fue por un accidente, tal y como demuestra el hecho de la indemnización abonada por ssss. Solicitando se emita bien resolución judicial bien informe forense con tal contenido”. Por tanto, los reclamantes reconocen como causa del fallecimiento el accidente de tráfico que sufrió el paciente.



En el informe del médico forense emitido en el proceso penal se realizan las siguientes consideraciones: "Se trata de una muerte sobrevenida a causa de un grave traumatismo craneal y facial con hemorragia cerebral y múltiples contusiones intracerebrales en un paciente bajo tratamiento anticoagulante, lo que descartó intervención quirúrgica (entre otras razones médicas), a lo que hay que unir una serie de patologías que anteriormente presentaba el fallecido ocasionando un fallo multiorgánico incompatible con la vida, pese a los tratamientos y atenciones médico-paramédicas recibidas. El origen del politraumatismo es compatible con el choque y compresión del cráneo del fallecido contra estructuras romas y rígidas, existiendo al mismo tiempo un violento impacto, siendo esto compatible con lo acaecido en los accidentes de tráfico por atropello. De ahí se deriva la etiología de la muerte, que a falta de otros signos que hagan sospechar lo contrario debe de catalogarse como accidental. Al estar monitorizado y controlado en ambiente hospitalario, se establece la data de la muerte de acuerdo al ECG obrante en el historial clínico".

El citado informe señala como conclusiones: "1. Que se trata de una muerte violenta. 2. Que su causa inmediata es traumatismo craneo-encefalico y facial. 3. Que su causa fundamental es hemorragia subdural aguda. 4. Que su etiología es la accidental por atropello. (...)".

Por tanto, puede considerarse acreditado que la causa del fallecimiento fue muerte accidental por atropello.

Todo lo expuesto lleva a este Consejo a concluir que no existe un nexo causal entre la caída que sufrió el paciente en el Hospital hhh2 de xxx2 y el fallecimiento.

8ª.- Finalmente, en cuanto a la indemnización que se reconoce en la propuesta de resolución a los reclamantes por la caída sufrida por el paciente (217,35 euros), este Consejo considera que no constituye el objeto del presente procedimiento que, debe recordarse, tiene por objeto la reclamación de daños y perjuicio por el fallecimiento del paciente (por lo que solicitan 94.878,33 euros), y no por las lesiones sufridas por este en la caída.



III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy4, en nombre y representación de Dña. yyy1, D. yyy2 y D. yyy3, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, respectivamente, D. vvvv.

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