



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 17 de abril de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 6 de marzo de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite, con fecha 14 de marzo de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 206/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación del mismo, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Con fecha 28 de octubre de 2003, se presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por D. xxxx1, como consecuencia de la caída sufrida por él mismo al ser transportado desde la silla de ruedas en que se encontraba a la mesa de Rayos X, manifestando en su escrito que los empleados sanitarios no sujetaron debidamente al paciente sufriendo una caída que le ocasionó fractura pertrocantérea de la cadera derecha.



Acompaña a su reclamación:

1.- Informe de alta hospitalaria de Medicina Interna del Hospital hhhhh de xxxxx de fecha 7 de enero de 2002.

2.- Informe pericial de valoración del daño corporal de fecha 14 de septiembre de 2003.

3.- Copia de certificado de matrimonio.

4.- Copia de la denuncia formulada ante el Juzgado de Instrucción de xxxxx contra el Director del Hospital hhhhh de xxxxx.

Solicita una indemnización total por daños y perjuicios de 186.671,95 euros, correspondiendo a D. xxxx1 la cantidad de 136.671,95 euros por las lesiones sufridas y 50.000 euros a su esposa en concepto de perjuicios destinados a familiares próximos.

Segundo.- D. xxxx1, de 38 años de edad, acude el día 2 de enero de 2002 a Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx a las 12:06, ya que, desde hacía aproximadamente tres semanas, notaba aumento del perímetro abdominal, empeorando la última semana con aparición de edemas en miembros inferiores (MMII) hasta muslo. El paciente tiene palidez cutánea mucosa, auscultación pulmonar crepitantes en base, abdomen globuloso, ascitis a tensión y, en MMII edemas que dejan fóvea hasta muslo.

Es trasladado por el celador del turno de tarde del servicio de Radiología, en silla de ruedas, para hacer una radiografía de tórax y una ecografía y se le deja en la sala 9 de Rayos X. Preguntado D. xxxx1 si se podía poner de pie, éste comenzó a incorporarse cayendo acto seguido. Es incorporado con ayuda y puesto en la mesa de exploración, realizándose la radiografía de tórax y una radiografía de pelvis porque el enfermo refería dolor de cadera.

Tras la caída, se le ve fractura pertrocantérea de fémur derecho. Ingresado en Traumatología, se le coloca férula en miembro inferior derecho (MID). El traumatólogo le explica la postura que debe adoptar el miembro afecto. El paciente opta por un tratamiento conservador (alternar sillón-cama y no apoyar MID), habida cuenta de las explicaciones verbales dadas por el



doctor sobre las dificultades y complicaciones que pudieran derivarse por la propia situación del paciente.

El paciente es ingresado también por ascitis más edemas. Con imagen sugerente de Cirrosis Micronodular, esplenomegalia, seropositivo HIV hace 11 años, trombopenia 75000 y anemia normocítica, normocrómica.

El 7 de enero de 2002 es dado de alta con los diagnósticos de hepatopatía crónica por virus C, descompensación Hidrópica y todos los anteriores.

Acude a consulta de Traumatología el 13 de febrero de 2002. La radiografía muestra buen aspecto de la fractura y se indica apoyo parcial asistido de dos bastones ingleses y volver en 6 semanas con radiografía.

El 21 de marzo acude a la consulta apreciándose callo precario, se indica volver con radiografía en dos meses. Practicada revisión el 23 de mayo de 2002, la radiografía no demuestra la formación de callo. En la consulta de 20 de septiembre de 2002 se le diagnostica pseudoartrosis y se valora tratamiento quirúrgico. El día 21 de octubre de 2002 acude a la consulta con decisión de operarse. Se valora la osteosíntesis DHS. El 30 de diciembre de 2002 acude nuevamente a consulta; el paciente ha sufrido crisis comiciales, fractura de aplastamiento D7, por lo que es seguido en Traumatología. Ese día había tomado varios adolonta y bebido más vino de lo habitual.

Paralelamente sigue consultas en Medicina Interna. Está pendiente de cirugía de cadera, a lo cual no hay inconveniente por el VIH, aunque puede haber más complicaciones por la cirrosis.

El 6 de mayo de 2003 es intervenido, tras información verbal, de prótesis total de cadera derecha. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo dado de alta el 17 de mayo de 2003 y se le recomienda realizar la marcha con dos muletas canadienses. Se prescribe revisión con radiografía en un mes. Acude a consulta el 20 de junio de 2003 en la que se le indica que está bien y se programa revisión al año.

El día 28 de agosto acude por urgencias al Hospital hhhhh de xxxxx y se le diagnostica colecistitis, colelitiasis. Se le interviene practicándose



colecistectomía. Evoluciona normalmente y es dado de alta el 5 de septiembre de 2003, falleciendo el 4 de mayo de 2004.

Tercero.- Al expediente se incorpora la siguiente documentación:

- Historia clínica del paciente.
- Informe del Celador del Hospital, de 4 de diciembre de 2003.
- Informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, de fecha 15 de diciembre de 2003.
- Informe del Jefe del Servicio de Radiología, de fecha 16 de diciembre de 2003.
- Informe del Servicio de Medicina Interna de 21 de enero de 2004.
- Informe de la Supervisora de Radiología de 6 de febrero de 2004.
- Informes de Admisión y Documentación Clínica, de 26 de marzo de 2004 y 16 de abril de 2004.
- Informe del Servicio de Urgencias de 3 de mayo de 2004.
- Informe de la Inspección Médica, de fecha 8 de julio de 2004, en el que se concluye: "La asistencia prestada, en cuanto al manejo del paciente no fue adecuada al estado orgánico del mismo, cuando ocurrió la caída accidental.

»En cuanto a la asistencia médica fue adecuada y los resultados obtenidos se explican por la situación clínica del paciente y su colaboración".

Cuarto.- Con fecha 27 de mayo de 2004 se comunica por la esposa de D. xxxx1 que éste había fallecido, solicitando que se continúen sólo con ella las



actuaciones, adjuntando a dicha solicitud copia de la certificación literal de fallecimiento de su esposo.

Consta la interposición de un recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

Quinto.- Mediante escrito de fecha 22 de septiembre de 2004, por el Servicio de Inspección de la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud, se requiere al Jefe de la Unidad de Urgencias que emita informe sobre las siguientes cuestiones:

- 1.- Circunstancias en que llegó el paciente el día 2 de enero de 2002.
- 2.- Pruebas y valoración que se hicieron en Urgencias.
- 3.- Estado general del paciente y, en particular, sobre su movilidad y capacidad deambulatoria, especificando si requería ayuda para la misma.
- 4.- Instrucciones que se le dieron para las pruebas radiológicas.
- 5.- Cualquier otra que estime de interés.

El informe requerido se emite con fecha 4 de octubre de 2004.

Sexto.- El 29 de noviembre de 2004 (notificado el 3 de diciembre), se concede trámite de audiencia a la interesada, la cual no formula alegaciones.

Séptimo.- Con fecha de 11 de diciembre de 2007, la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud formula un informe-propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

Octavo.- El 23 de enero de 2008 se dicta por la Dirección General de Administración e Infraestructuras propuesta de resolución por la que desestima la reclamación patrimonial efectuada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2.



El 29 de enero de 2008 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa la propuesta de resolución.

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.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que el interesado presenta la reclamación (el 28 de octubre de 2003) hasta que se formula la propuesta de resolución por el órgano competente (el 23 de enero de 2008). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, 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 al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

Por otra parte, en el expediente remitido no constan los escritos de consentimiento informado -por parte de los médicos que han intervenido se



declara que el paciente recibió explicaciones verbales-, aunque no sea ésta la causa de la reclamación; sin embargo debe recordarse la necesidad de que, en aquellos asuntos en que se requiera acreditar el conocimiento del paciente sobre la actuación médica a seguir, es imprescindible que estén perfectamente documentados por los debidos protocolos de consentimiento informado.

3ª.- Concurren en los interesados los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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 Autónoma de Castilla y León, en relación con el artículo 142.2 de la Ley 30/1992 y la disposición transitoria tercera del Decreto 287/2001, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

4ª.- 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 139 y siguientes de la ya citada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:



a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico 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) La 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 actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

En las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

Los interesados han ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, según la cual: "En todo caso el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o 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".



La reclamación se presenta con fecha 28 de octubre de 2003, siendo intervenido el paciente de prótesis total de cadera derecha el 6 de mayo de 2003 y dado de alta el 17 de mayo, interponiéndose por lo tanto la reclamación dentro del plazo de un año.

5ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, debe tenerse en cuenta que, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, sentada en Sentencias, entre otras, de 5 de junio, 7 de julio, 20 de octubre y 16 de diciembre de 1997 y 10 de febrero de 1998, "la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes, aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización. El hecho de la intervención de un tercero o una concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado".

Asimismo, ha de precisarse que el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones. Conforme mantiene nuestro Tribunal Supremo, entre otras, en Sentencia de 5 de junio de 1998, "el concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo -y así ocurre en el presente caso- se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada".



Continúa señalando la Sentencia citada que “la doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

En este sentido, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 5 de junio de 1998, manifiesta que: “La prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquélla de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico”. Doctrina perfectamente trasladable al ámbito sanitario público.

Por otro lado, es doctrina de nuestro Tribunal Supremo la que sostiene “la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado o la de un tercero la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público” (Sentencia de 27 de diciembre de 1999).



La cuestión se centra, por tanto, en determinar si existe relación de causalidad entre la lesión y la actividad asistencial desplegada por la Administración. Ahora bien, antes de entrar en el fondo del asunto conviene poner de manifiesto las contradicciones que figuran en el expediente administrativo, a las que hace referencia el informe de fecha 29 de enero de 2008, de la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad, que indica que, analizando los diferentes informes que obran en el expediente, no queda debidamente justificado que la actuación de la Administración Sanitaria haya sido la correcta.

El paciente se encuentra en silla de ruedas y así es desplazado hasta la sala de radiología. El hecho de que se dote a algunos pacientes de silla de ruedas no supone que éstos estén impedidos para la deambulación o que se haga para prevenir una posible caída. La dotación de sillas de ruedas puede servir a otros fines, entre otros prevenir el cansancio, garantizar el reposo o la mejora en el manejo de los pacientes.

En todo caso, hay que tener en cuenta cuál es la situación del paciente en el momento de su ingreso en urgencias, esto es, si podía manejarse por sí mismo sin la asistencia de tercera persona. Es en este punto donde surgen las discrepancias.

En el informe emitido por el Jefe de Urgencias, de fecha 4 de octubre de 2004, se manifiesta que "Consultó por ascitis. (...). Empeoramiento en la última semana con aparición de edemas en miembros inferiores hasta el muslo. No cansancio. No náuseas ni vómitos. No alteración del ritmo intestinal. No fiebre. En los dos últimos días disnea al tumbarse.

»En la exploración física se refiere como 'buen estado general. Consciente y orientado. Bien profundido e hidratado. Palidez cutáneomucosa. Eupneico. Afebril, Abdomen globuloso. Ascitis a tensión. No palpo masas ni megalias.

»De lo anterior no se desprende situación especial en cuanto a su movilidad y capacidad deambulatoria, distinta a la habitual para su motivo de consulta".



De lo expuesto en este informe, se deduce la inexistencia de limitaciones o impedimentos de importancia que dificultasen o imposibilitasen los movimientos del paciente. Por ello no parece que fuera preciso, *a priori*, adoptar ninguna medida especial para el manejo del paciente.

Sin embargo, el informe de la Inspección Médica de fecha 8 de julio de 2008, concluye que, si bien no existió ninguna infracción de la *lex artis* en cuanto a la intervención quirúrgica realizada teniendo en cuenta la situación clínica del paciente, sí se efectuó una asistencia sanitaria deficiente puesto que: "La asistencia prestada, en cuanto al manejo del paciente no fue adecuada al estado orgánico del mismo, cuando ocurrió la caída accidental".

En cuanto al motivo de la caída, en todos los informes obrantes en el expediente se recoge que ésta fue accidental. Así, en el informe elaborado por la Supervisora de Radiología, de 6 de febrero de 2004, se dice que el enfermo al llegar a dicho servicio es preguntado por una T.E.R. si podía ponerse de pie y el paciente, sin contestar, empieza a incorporarse, cayéndose acto seguido. A la pregunta de si había tropezado o se había mareado contesta que no.

Por otra parte, en el informe emitido por el Jefe de Servicio de Radiología el 16 de diciembre de 2003, se manifiesta que a pesar de que el paciente asiente cuando se le pregunta si puede permanecer de pie para hacerse la radiografía de tórax (en realidad la radiografía se debería hacer de cúbito y/o portátil, de lo que se debería haber informado), se cae y se fractura el fémur. Se hace constar también que la situación pudo haberse evitado utilizando los servicios de celadores y que es necesario tener celadores disponibles para el manejo y traslado de los pacientes, no sólo en el tránsito al Servicio, sino en el manejo dentro de las diferentes salas, lo que evitaría sucesos como el presente.

La declaración del celador indica que, a simple vista, el paciente estaba normal, no dando muestras de mareos ni de vómitos por el camino; le sorprende su caída, ya que, al bajarlo a la sala de radiología, no se encontraba mal.

Esto pone de relieve que, aún desconociéndose el motivo de la caída, por el personal sanitario no se observa ninguna limitación física, ni sintomatología alguna indicativa de la posibilidad de que fuera a tener un síncope. No obstante, es cierto que la gravedad que presentaba el paciente y sus



antecedentes médicos debían servir como advertencia de una posible limitación de movilidad, máxime cuando estuvo seis horas en una silla de ruedas sin moverse.

Al respecto se puede destacar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, de 23 de diciembre de 2005, que dice: "A la vista, pues de todos los datos la Sala entiende que existen los elementos que justifican la existencia de una relación de causalidad.

»Así, se produjo el golpe en las costillas en el vehículo, en unas costillas osteoporóticas, y a las pocas horas fue ingresado de urgencia con varias costillas fracturadas.

»Es cierto que la fractura podría ser espontánea, pero en el caso de autos existiendo un golpe en la zona, reconocido por todo el mundo, y la fractura diagnosticada pocas horas después debido al dolor que el paciente presentaba y a la dificultad respiratoria, lo lógico es concluir que una cosa (la fractura) tiene su origen en la otra (el golpe) y no pensar que fue una fractura espontánea, cuando lo cierto es que poco antes de detectarse en el servicio de urgencias las fracturas se había producido un golpe en las costillas fracturadas, muy debilitadas por la osteoporosis.

»Así pues, estima la Sala que ha de prosperar el recurso en sentido de afirmar la responsabilidad de la Entidad Gestora al estar probada la relación de causalidad."

A mayor abundamiento se puede citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 6 de febrero de 2001, que señala: "De estas pruebas, valorándolas conjuntamente resulta: primero, no hay prueba de clase alguna, en la cual pueda sustentarse la afirmación de que el Sr. B. se lesionara en el centro de trabajo; segundo, hay seguridad bastante para sostener que la lesión no fue ocasionada durante el trayecto desde el centro de trabajo, donde se produce la crisis convulsiva, hasta su entrega y posterior ingreso en el Hospital (...) en cuyo momento se hizo cargo del paciente el personal titulado de dicho hospital; tercero, de lo anterior resulta, y ha de considerarse como cierto, que la lesión tuvo lugar ya dentro del hospital estando el enfermo bajo control de su personal; cuarto, de los informes periciales practicados junto con la documentación médica que figura en el



expediente administrativo resulta que el enfermo entró en el susodicho hospital presentando una crisis convulsiva siendo atendido por el servicio de neurología pasando luego al de traumatología al apreciarse una fractura-luxación de hombro derecho; quinto, aunque nadie advierte, estando ya el enfermo ingresado, la razón o el porqué de aquella fractura, dice el neurólogo en su informe que `... la propia violencia de las convulsiones puede provocar lesiones traumáticas, siendo la luxación de hombros una de ellas´. Por su parte el traumatólogo señaló que `... la fractura padecida por el paciente se pudo producir por caída, o por un traumatismo directo´, y añade `... que por la fractura de dislocación supone que se produce un gran traumatismo con caída lateral con extensión del brazo´. Sexto, no consta en autos, dada la situación que el paciente presentaba al ingresar por urgencias, que se hubiera tomado alguna medida de seguridad con el fin de evitar que en algún momento, en las camillas o en otro sitio pudiera sufrir una caída, como así parece ser que sucedió.

»Sentado lo anterior, respaldado por una prueba suficiente, debe concluirse afirmando que en el presente caso ha existido una omisión negligente de las garantías precisas para impedir, ya dentro del hospital, que el enfermo tuviera una caída. Omisión que ha de imputarse al personal del hospital que se hizo cargo de él a la puerta del servicio de urgencias adonde llegó sin presentar lesión alguna. Con todo ello queda acreditado, no sólo la citada omisión negligente, sino también, que de tal conducta es responsable el personal del centro hospitalario, produciéndose una relación de causalidad entre aquel comportamiento irregular y las lesiones sufridas por el Sr. B. de las cuales ha de responder la Diputación Provincial de (...) como titular del susodicho hospital”.

Por todo lo expuesto y en relación con la reclamación objeto del presente dictamen, puede considerarse acreditada la existencia de relación de causalidad entre la caída de la silla de ruedas sufrida por el paciente dentro del centro hospitalario -teniendo en cuenta su estado orgánico- y la falta de atención en la asistencia prestada, en cuanto al cuidado que el personal del hospital tiene que tener sobre los pacientes. En ningún momento se pone en duda el tratamiento recibido por el paciente, que es el adecuado conforme a la *lex artis ad hoc*, ni tampoco se relaciona con su fallecimiento.



6ª.- Por lo que se refiere a la cuantía reclamada, ésta debe responder a los días en los que el paciente estuvo impeditivo, pero sólo a causa de la caída que sufrió de la silla de ruedas con la consiguiente fractura de fémur. En ningún caso debe referirse a la enfermedad que ya presentaba con anterioridad y que fue la causa de la muerte. Es preciso por lo tanto que se determinen y justifiquen debidamente los días impeditivos, lo que en el caso que nos ocupa, no se cumple con carácter previo al abono de la indemnización que por este motivo pudiera corresponder.

Sí se justifica suficientemente la asistencia hospitalaria. En cuanto al resto de cantidades que se reclaman, tendrían su justificación en el supuesto de una esperanza media de vida propia de una persona sin afectaciones de salud tan graves como las que presentaba el accidentado. Desgraciadamente no ha sido este el caso, al haber fallecido una vez transcurridos dos años y medio desde el momento de su caída y menos de un año desde que se practicó la operación; por lo que teniendo este hecho en cuenta, deben afectarse las cantidades reclamadas por secuelas y otros factores de corrección con un factor de ponderación, que podría estimarse como máximo en un 10% del importe asociado a estos conceptos.

Respecto de los daños morales, la jurisprudencia viene exigiendo que éstos, cuando concurren y se soliciten, deben valorarse de forma suficientemente motivada y justificada, sobre la base de las pruebas en las que se funde la existencia misma del daño moral; y, aunque su existencia puede no admitir o exigir prueba, sí lo admiten y debe exigirse la prueba de los hechos y circunstancias en que se basa la existencia del daño moral. En este sentido cabe citar las Sentencias del Tribunal Supremo de 16 de enero de 2003, recaída en el recurso núm. 7.508/1998, y de 10 de diciembre de 2002, recaída en el recurso núm. 3.865/2001.

Al respecto cabe señalar lo manifestado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias de 23 de diciembre de 2005 -a la que antes nos hemos referido-, según la cual: "Hecha esta afirmación y reclamando la parte recurrente en su demanda 5.000.000 ptas, hay que tener en cuenta que, fallecido el pensionista accidentado por una causa ajena al accidente lo que reclama la parte son daños morales.



»Ya esta Sala, como se dijo, abordó un tema semejante en el recurso 115/2002, y declaró adecuada la indemnización fijada por el Juez *á quo* en 600 euros.

»En el supuesto de autos no existen razones distintas para variar tal indemnización, pues la recurrente habla en su demanda de un daño económico para los familiares que ni se prueba ni se cuantifica, y un daño moral sufrido en calidad de herederos, *«... al sufrir la propiciada aceleración de su deterioro y definitiva pérdida...»*, de lo que tampoco hay prueba, pues no consta relación”.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y habida cuenta que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta, por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial -no justificada, ya que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver-, trae consigo molestias y posibles perjuicios no sólo al interesado, al obligarle a acudir a la vía judicial con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros, sino también a la Administración de Justicia con procedimientos que no deberían haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.

III CONCLUSIONES

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



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

Procede dictar resolución estimatoria parcial, en los términos expuestos en el cuerpo del dictamen, en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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