



ANTECEDENTES

PRIMERO.- En escrito presentado el 24 de octubre de 2006 en el hospital "Virgen de La Arrixaca" (según informó después el citado centro), x. expuso que su madre, x., acudió a dicho hospital el día 23 de julio de 2006, por causa de un problema cardíaco, quedando ingresada durante unos días en la planta de Cardiología, para observación. El miércoles día 26 de julio su madre, de 84 años de edad, se cayó de la cama a las 02,00 horas de la madrugada, y atribuyó la citada caída a un comportamiento negligente del personal sanitario, que no colocó en la cama las correspondientes barandillas protectoras.

A consecuencia de dicha caída, la enferma se fracturó la cadera y hubo de ser intervenida el día 31 de julio de dicho año para reducción de la fractura y colocación de la correspondiente prótesis.

El reclamante consideró que, a causa de la caída sufrida y la posterior intervención quirúrgica a que se sometió, la paciente se había quedado inválida de por vida, lo que le había ocasionado graves perjuicios a ella y a su familia, solicitando finalmente *"que se nos recompense (...) el daño causado y las grandes cantidades económicas que estamos gastando en la posible recuperación de la enferma."*

SEGUNDO.- Al remitir dicha reclamación al Servicio Murciano de Salud (SMS), el citado hospital adjuntó informe de 7 de noviembre de 2006 de la Supervisora de Enfermería de la planta donde estuvo ingresada la paciente, en la que expresa lo siguiente:

"Que la paciente x. estuvo ingresada en la habitación 625-2, desde el día 23 al 27 de julio de 2006, y que en la noche del 25 al 26 de julio, al girarse de la cama se cae. A la mañana siguiente se le realiza una radiografía, siendo valorada por traumatología, que diagnostica rotura de cadera y deciden el día 27 trasladarla a Mesa del Castillo para intervenirla.

Debido al tiempo transcurrido, y que en verano hay personal de enfermería sustituto, no puedo concretar si la enferma se encontraba con o sin acompañante y no tenemos constancia de ninguna queja mientras que duró la estancia en nuestra unidad.

Generalmente, y sin poder precisar en este caso concreto, el personal de enfermería suele poner barandillas a los pacientes que se encuentran solos, desorientados, imposibilitados, etc."

Según se desprende de dicha historia clínica (folios 20 a 24 exp.), tras practicarle en fecha 31 de julio de 2006 la intervención de cadera en el referido hospital (osteosíntesis de cadera izquierda por fractura trocantérea), el 8 de agosto siguiente fue ingresada de nuevo en el hospital "Virgen de La Arrixaca" por un cuadro de posible íleo paralítico postoperatorio y deterioro del estado general, en donde permaneció ingresada hasta el 31 de dicho mes y año, en que se le da el alta hospitalaria (folios 35 a 39 exp.). También consta que el 10 de octubre de 2006 el Servicio de Rehabilitación le da el alta médica (folio 78 exp.).

TERCERO.- Mediante resolución de 26 de febrero de 2007, el Director Gerente del SMS acordó la admisión a trámite de la reseñada reclamación, lo que fue notificado a las partes interesadas.

CUARTO.- Mediante escrito presentado el 29 de marzo de 2007, el reclamante se ratifica en la reclamación presentada en su día en el reseñado hospital.

QUINTO.- Requerido el hospital "Virgen de la Arrixaca" para que remitiese la historia clínica de la paciente e informe de los facultativos que la asistieron, mediante oficio de 29 de marzo de 2007 remitió de nuevo dicha historia clínica, así como informes elaborados por los facultativos de los Servicios de Cardiología y Traumatología que atendieron a la paciente de las patologías propias del respectivo Servicio, sin consignar nada de interés en relación con las circunstancias de la caída que motivó la reclamación.

SEXTO.- Durante la instrucción del procedimiento se requirió al hospital para que informara acerca de los supuestos en que resulta necesario el uso de barandillas en la cama de los pacientes y si, a la vista de las circunstancias en que se encontraba la paciente en el momento del accidente, era necesario el uso de barandillas en su cama.

De las manifestaciones realizadas el 15 de mayo de 2007 por la Supervisora y la Técnico de la planta se destaca lo siguiente:

1. Que el protocolo de cuidados de enfermería obliga a usar las barandillas en aquellos supuestos en los que los pacientes se encuentran desorientados, solos o imposibilitados.
2. Que, dado el largo tiempo transcurrido, no recuerdan si la paciente se encontraba o no acompañada; los cuidados de enfermería se prestaron por personal contratado durante el periodo estival, por lo que no se pueden dirigir al mismo para que recuerde la situación.
3. De las anotaciones realizadas en la hoja de evolución de la historia clínica de la paciente los días previos a la caída, se desprende que ésta se encontraba consciente, tranquila y orientada, no existiendo anotación sobre si se encontraba acompañada por familiares.

SÉPTIMO.- A requerimiento de la instrucción, mediante oficio de 4 de julio de 2007 el hospital remitió protocolos utilizados para el ingreso y tránsito del paciente en el hospital y sobre elementos generales de seguridad e inmovilización de enfermos, que no abordan específicamente el caso planteado, informando que estaba en fase de elaboración un protocolo específico de prevención de caídas, que se comenzaría a implantar después del verano de 2.007.

OCTAVO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de fecha 10 de octubre de 2007, presentado por la compañía aseguradora del SMS "---, S.A", del que se destaca lo siguiente: *"En el caso que nos ocupa la paciente es independiente para las actividades de la vida diaria y el motivo de ingreso no supone un cambio en dicha situación de independencia. Al ingreso de la paciente se realiza una valoración adecuada por parte del personal de enfermería y a lo largo de su ingreso hay constancia de que la paciente no presenta alteración de su estado mental, ni cuadros de agitación ni otras circunstancias que pudieran aumentar el riesgo de caída. Por otra parte, la caída que presenta la paciente la podemos considerar accidental, pues se produce al girarse en la cama mientras estaba durmiendo. En nuestro criterio, en base a la situación previa de la paciente, al motivo de ingreso y a la situación de la paciente durante el mismo, no se encontraban indicadas la aplicación de medidas de contención física (como el uso de barras laterales) en esta paciente. No podemos compartir el criterio expresado por la supervisora de enfermería en el sentido de expresar que el hecho de que el paciente no sea acompañada por un familiar sea una indicación para la utilización de medidas de restricción. Esta afirmación es contraria a las distintas recomendaciones publicadas sobre este tipo de medidas y a los protocolos para prevención de caídas de uso habitual en nuestros centros hospitalarios."*

NOVENO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes, el 12 de diciembre de 2007 el reclamante compareció ante el SMS y tomó vista del expediente, según diligencia extendida al efecto y firmada por él mismo, en la que se consigna que, en el procedimiento que se tramita, actúa en nombre y representación de su madre (folio 189 exp.).

DÉCIMO.- El 14 de abril de 2008, x. presentó escrito de *"reclamación previa al ejercicio de*

acciones judiciales", en el que reiteraba los hechos expresados en los escritos anteriormente presentados por su hijo y concretaba el importe de la indemnización reclamada en veintiún mil ochocientos noventa y siete euros con treinta y dos céntimos de euro (21.897,32 €), desglosados en los siguientes conceptos:

- Por 326 días de carácter impositivo, a 60 euros/día: 19.560,00 €.

- Por secuelas, consistente en la agravación de su artrosis previa de cadera izquierda: 2.237,32 €.

- Por honorarios médicos: 100,00 €.

Adjunta a su escrito un informe de especialista en Traumatología, de fecha 5 de marzo de 2008, del que se destaca lo siguiente:

"Estado actual: La paciente tiene la cadera izquierda con la movilidad bastante disminuida en relación a la contralateral. Las rotaciones están casi anuladas y son dolorosas a la exploración; la flexo-extension está reducida aproximadamente a la mitad.

Camina con bastante dificultad y con ayuda de un familiar que la acompaña. Atrofia muscular generalizada.

Observaciones: La fractura de la cadera estuvo producida por el golpe sufrido en ella con la caída de la cama.

Por las características de la fractura hubo de ser operada para poder fijarla hasta la consolidación, y de nuevo para la extracción del material de osteosíntesis por intolerancia del mismo.

Ha quedado con un déficit de la funcionalidad de esa cadera de un 50% aproximadamente en relación con la contralateral. Ha tardado 326 días en obtener la estabilización de sus lesiones, todos impositivos.

Secuela: agravamiento de artrosis previa en la cadera izquierda. 4 p."

En dicho informe se indica también que la paciente fue intervenida hace más de diez años para la implantación de prótesis en la cadera derecha, y que el material de osteosíntesis colocado en la intervención por la fractura de la cadera izquierda fue retirado en intervención quirúrgica realizada el 11 de mayo de 2007 en la clínica "San José", siendo dada de alta hospitalaria el 12 siguiente.

UNDÉCIMO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS sobre los hechos objeto de la reclamación, fue emitido el 27 de mayo de 2008, en el que, tras realizar diversas consideraciones generales sobre protocolos de prevención de riesgos en pacientes hospitalizados, y otras observaciones de carácter particular sobre las circunstancias de la paciente del caso, concluyó lo siguiente:

"1. X. sufrió una caída de la cama mientras estaba ingresada en la planta de cardiología (...) por presentar dolor torácico.

2. Las consecuencias de la caída fueron fractura petrocantérea de cadera que precisó intervención quirúrgica en un centro concertado y rehabilitación. Como consecuencia de la intervención sufrió una complicación postoperatoria de íleo paralítico y tromboembolismo pulmonar que fueron tratados en el hospital universitario Virgen de La Arrixaca con buena evolución.

3. La paciente, previo al ingreso y durante el ingreso, previo a la caída, no presentaba situación basal que recomendara la utilización de medidas especiales de protección y/o seguridad, dado que era independiente, no tomaba medicación especial, estaba consciente y bien orientada, no tenía agitación ni alteraciones cognitivas y/o sensoriales y no estaba impedida. Por tanto, no precisaba la colocación de las barras laterales de protección, sino que, al revés, no estaba indicada su utilización. (...)

La caída de la cama, por tanto, se debe a un accidente que pudo ocurrir tanto en el hospital

como en su propio domicilio, al darse la vuelta en la cama mientras dormía. No se produjo síncope.

La actitud de los profesionales que intervinieron, tanto antes como después de la caída, fue adecuada a la situación de cada momento de la paciente."

DUODÉCIMO.- Otorgado el preceptivo trámite de audiencia final a las partes, el 27 de junio de 2008 la reclamante presenta escrito de alegaciones en las que expresa que se reconoce que los protocolos actuales del hospital son insuficientes, estando en elaboración uno para prevención de caídas, por lo que tácitamente está aceptando su responsabilidad, que es por el funcionamiento normal o anormal de los servicios. Por otro lado, señala que se debieron colocar barandillas en la cama de la paciente, ya que la paciente tenía 84 años, estaba sola y padecía un grado de obesidad avanzado.

DECIMOTERCERO.- El 20 de julio de 2008 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar, en síntesis, que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en los informes emitidos, especialmente, el de la Inspección Médica del SMS. Dicha propuesta de resolución, remitida a este Consejo Jurídico con el expediente y su extracto e índice reglamentarios, en solicitud de su preceptivo Dictamen, constituye el objeto del presente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, la señora Riquelme Ferrer, por cuanto es la persona que sufrió los daños por los que se reclama.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde, en principio, a la Administración regional, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. En cuanto al plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC para interponer la acción de reclamación, no existe reparo alguno, vistas las fechas de la producción del daño y la presentación del primer escrito de reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos. No obstante, deben hacerse algunas consideraciones sobre la determinación del carácter con el que compareció el hijo de la reclamante en la formulación del primer escrito de reclamación y en actuaciones posteriores.

Así, el tenor del primer escrito de reclamación de responsabilidad presentado en su día ante el hospital (Antecedente Primero), planteaba razonablemente la duda acerca del carácter con el que reclamaba el hijo de la accidentada, es decir, si lo hacía en nombre propio o en el de ésta; y ello porque, de estar en el segundo caso, debía requerírsele la acreditación de la representación. El carácter con el que actuaba dicho interesado pareció despejarse cuando compareció posteriormente ante el órgano instructor para tomar vista del expediente,

suscribiéndose la oportuna diligencia, en la que se consignó que reclamaba en nombre y representación de su madre (Antecedente Noveno); tampoco en aquel momento se le requirió para que acreditase su representación, como debió haberse efectuado.

No obstante lo anterior, con la posterior presentación, en el seno del presente procedimiento, de los escritos formulados por la señora x. reseñados en los Antecedentes Décimo y Duodécimo, la indicada representación puede considerarse tácitamente ratificada por la reclamante para las actuaciones de su hijo, y aquélla continuó la reclamación ya en nombre propio.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación o el cuidado del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el sistema, en general, y el correspondiente profesional sanitario en particular.

Por ello, y como principio director en esta materia, la actuación de estos profesionales sanitarios ha de regirse por la denominada *"lex artis ad hoc"*, o módulo rector de la ciencia de que se trate, en consideración y aplicación al caso concreto en que se produce la actuación sanitaria y a las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el

Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Así, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) (ello) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Existencia.

En el presente caso, ha de partirse del hecho de que el daño por el que se reclama indemnización no se imputa a una actuación médica de carácter terapéutico, en un sentido estricto, sino a la infracción del deber de cuidado o vigilancia de un paciente hospitalizado y, en concreto, en lo atinente a las medidas de prevención de caídas de dichos pacientes.

A estos efectos, aun aceptando lo indicado por la Inspección Médica en el sentido de que, frente a lo expresado por las encargadas de Enfermería del hospital en el informe reseñado en el Antecedente Sexto, el hecho de que un paciente esté solo no determina necesariamente la necesidad de utilizar barandillas laterales en la cama en la que esté descansando, sino que hay que estar a las circunstancias del caso concreto para determinar el nivel de riesgo existente y adoptar la decisión pertinente, tampoco es aceptable la invocación que hace dicho órgano respecto de unos protocolos que están referidos, en general, a la prevención de caídas, sin tener en cuenta que, en el caso, se trata de determinar las medidas de prevención para evitar caídas desde la cama y por la noche, lo que singulariza la cuestión de un modo no abordado, que se sepa, por los referidos protocolos, pues no se hace un análisis específico de esta cuestión ni, por ende, se trasladan las oportunas consideraciones al caso de la paciente de que se trata.

En este sentido, y en contra de lo expresado por dicho informe, no puede equipararse, sin más, el supuesto acaecido con uno similar que pudiera haber acontecido en el domicilio de la paciente. Cuando un paciente se encuentra hospitalizado (y, en este caso, por sospecha de afección cardiológica), está en unas circunstancias psicológicas distintas de las habituales; además, y por lo que atañe a la prevención de caídas nocturnas en el hospital, debe considerarse la drástica disminución del nivel de consciencia que implica el período de sueño. Asimismo, se trataba de una anciana de 84 años (con la consiguiente fragilidad ósea), ubicada en una cama que, como es sabido, suele estar, por razones asistenciales, a una notable mayor altura que las domésticas (y que no es infrecuente que sea más estrecha que la habitual del paciente). Todas estas circunstancias demandaban, conforme con el deber de diligencia que es debido a un centro sanitario para la prevención de accidentes de los pacientes, que, al menos en el período nocturno, se colocaran las barandillas laterales de seguridad, más aún si se parte de que la paciente no se encontraba acompañada por un familiar (el acompañamiento no se desprende de la historia clínica ni se ha probado de otra forma, tal y como viene a reconocer el informe de la Inspección Médica).

Frente a ello, no puede oponerse que la colocación de dichas barandillas pudiera haber tenido un efecto contrario al perseguido, pues no consta circunstancia alguna de la paciente que así lo sugiriera. En este sentido, y en el mismo supuesto planteado en el informe de la Inspección, atinente a un eventual deseo de la paciente de ir al baño por la noche una vez colocadas

dichas barandillas, es claro que ésta siempre tenía la posibilidad de avisar al personal de enfermería para que se las retiren, si estima que no puede o no quiere hacerlo por sí misma; posibilidad que sería, en cambio, un deber para el paciente si así se le hubiera indicado previamente por dicho personal en atención a sus circunstancias personales.

De todo ello se concluye que, en el concreto caso planteado, existió una desatención, si se quiere de carácter leve, en el empleo de la diligencia exigible en orden a la adecuada protección de la paciente, lo que justifica la imputación del daño a la actividad sanitaria de que se trata, entendida aquí en un sentido amplio o de cuidado general del paciente, y no en su dimensión estrictamente terapéutica, lo que determina la responsabilidad de la Administración regional, en los términos que siguen.

QUINTA.- La cuantía de la indemnización.

Dado que no se discute que la caída en cuestión produjo la fractura de cadera por la que hubo de ser intervenida (con las posteriores complicaciones sufridas y superadas por la paciente), la cantidad a indemnizar depende tanto de la efectiva acreditación de los conceptos por los que se reclama como de su imputación a la fractura producida, aplicando de modo orientativo el baremo utilizado para la valoración del daño en accidentes de circulación correspondiente al año 2006 (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2006).

Por lo que se refiere al período de incapacidad alegado, debe diferenciarse:

-Días de estancia hospitalaria. Del 23 de julio al 31 de agosto de 2006. 40 días, a 60,34 euros/día: 2.413,60 euros.

- Período de incapacidad temporal. Desde el 1 de septiembre al 10 de octubre de 2006, en que el Servicio de Rehabilitación le da el alta en el mismo. Debe considerarse de incapacidad impeditiva, pues nada se ha cuestionado al respecto y que ello no parece inadecuado, vistas las circunstancias. 40 días, a 49,03 euros/ día: 1.961,20 euros.

- Secuela. Agravación de artrosis previa de cadera. Se valora en 4 puntos, según informe médico aportado al efecto. Dado que ello no se cuestiona por la Inspección Médica, y que no parece irrazonable a la vista de las circunstancias del caso, debe aceptarse 4 x 522,68 euros (para mayores de 65 años): 2.090,72 euros.

- Honorarios médicos. Se solicitan 100 euros, presumiblemente por la emisión del informe médico aportado con las alegaciones. No se acredita su efectivo desembolso, ni siquiera consta la factura que se dice aportada al efecto. Ello permite prescindir de otras consideraciones sobre el carácter del gasto en cuestión.

La suma de las precedentes cantidades asciende a 10.840,32 euros, suma que deberá ser actualizada conforme con lo dispuesto en el artículo 141.3 LPAC.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En el caso dictaminado, existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en la Consideración Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- No obstante lo anterior, en lo relativo a los daños objeto de resarcimiento y su valoración, habrá de estarse a lo expresado en la Consideración Quinta del presente Dictamen.

TERCERA.- En atención a lo expuesto, la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación se informa desfavorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.