

Dictamen nº: **289/16**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.07.16**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 7 julio de 2016, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. A.M.M., por defectuosa prestación de asistencia sanitaria en el Hospital Universitario 12 de Octubre (H12O).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito, con fecha de registro de entrada en el Servicio Madrileño de Salud de 21 de diciembre de 2015 la persona indicada en el encabezamiento presentó reclamación de responsabilidad patrimonial manifestando que el día 21 de julio de 2015 ingresó en el H12O para que le intervinieran con radiofrecuencia (ablación de un tumor del hígado -hepatocarcinoma-), la cual se produjo al día siguiente, 22 de julio. Manifiesta que despertó al notar un golpe tremendo y se encontró en el suelo rodeado de sangre y del equipo que le había anestesiado e intervenido. Sus recuerdos son como si estuviera medio dormido porque acababa de terminar la operación y estaba todavía anestesiado. Le pusieron entre la nariz y los ojos una bolsa con hielo, le

ayudaron a tumbarse en una camilla y le llevaron a la sala de despertar, aun medio anestesiado sin saber lo que había ocurrido. A la hora se presentaron dos médicos del departamento de maxilofacial y le dijeron que se había caído de la mesa de operaciones contra el suelo y como consecuencia se había roto el hueso de la nariz, se lo tuvieron que colocar recto y le tuvieron que poner dos puntos. Además de tener diferentes contusiones en toda la cara, brazos y piernas.

Le subieron desde la sala de despertar a planta, donde su pareja le dio una escueta información, que le habían dado a ella el médico y un enfermero de los que le intervinieron. Le dijeron que en un despiste que tuvieron al acabar la operación, se cayó de la mesa de operaciones sin salir de la anestesia. Concretamente, uno de los enfermeros le contó que se había girado un momento para colocar el tubo de entubar en su sitio y al volverse hacia él, ya se había caído de la mesa y no pudo cogerle. Seguidamente se presentó la doctora de planta, a la cual ni siquiera habían avisado de lo ocurrido y se había enterado por las enfermeras de planta y que en ningún momento supo nada por el equipo que le intervino.

Sigue su relato explicando que le realizaron un escáner craneal para ver si había algún traumatismo craneoencefálico y resultó negativo. Lo que no le hicieron fue un reconocimiento general, teniendo golpes y hematomas en varios sitios del cuerpo. Tampoco fue nadie a su habitación a pedirle una simple disculpa.

El día 27 de julio de 2015, debido a los dolores que tenía en todo el cuerpo por el golpe recibido, tuvo que ir al médico de cabecera para que le reconociera y que le asegurara que no tenía ningún traumatismo en el cuerpo ya que en hospital ni siquiera le preguntaron si le dolía algo.

Refiere, como consecuencia de la negligencia que tuvieron, al dejarle caer de la mesa de operaciones, además de las ya expuestas (rotura de nariz, sutura de dos puntos en el puente de la nariz, diversos golpes y

hematomas en cara y miembros), problemas psicológicos como intranquilidad, miedo, ansiedad e insomnio.

Por último, señala que si hubiera recibido el golpe en la nuca o sien hubiera quedado muerto en el suelo del quirófano por un simple despiste.

Cifra la indemnización que solicita en la cantidad total de dieciocho mil euros (18.000 €), sin perjuicio de ulterior liquidación.

Acompaña informes médicos pertenecientes a su historia clínica, queja que presentó en el hospital, la contestación a la misma, informe clínico de un médico del Centro de Salud Villamil de 27 de julio de 2015 y fotografías.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente procedemos a destacar los que resultan de interés para la emisión del Dictamen.

El reclamante, de 50 años de edad, ingresó de forma programada para realización de radiofrecuencia hepática. Se realizó dicho procedimiento el día 22 de julio de 2015 sin complicaciones inmediatas ni durante el seguimiento posterior en relación con el mismo.

En el quirófano el paciente se precipitó desde la camilla con epistaxis puntual y leve erosión facial. Se administró Urbasón 60 mg y se puso hielo. Se avisó desde el quirófano a Cirugía Maxilofacial para valoración, presentando una herida incisocontusa en dorso nasal que requirió sutura, sin signos de fractura en ese momento.

A su llegada a planta el paciente presentaba buen estado general, epistaxis autolimitada y no presentaba alteraciones ni focalidad neurológicas. No obstante, dado la trombopenia conocida y el traumatismo, los facultativos decidieron realizarle TAC craneal urgente para descartar hemorragia intracraneal, a pesar de que presentaba una

exploración neurológica rigurosamente normal. El resultado del TAC no mostró datos de sangrado pero sí fractura de huesos propios nasales que, comentado con el paciente y Cirugía Maxilofacial, correspondía a una fractura antigua.

Cirugía Maxilofacial valoró al reclamante y anotó en la historia: paciente valorado durante su estancia en reanimación por traumatismo facial y TCE debido a caída desde camilla al salir de quirófano. En la exploración física: erosiones superficiales en región frontal, herida inciso-contusa en dorso nasal de aproximadamente 2 cm. Laterorrinia (nariz desviada) izquierda que el paciente ya refería como previa al traumatismo. No crepitación dorso óseo ni pirámide nasal. No epistaxis en el momento actual. No se palpan decalajes a nivel de esqueleto facial. Se le hizo la cura correspondiente, se suturó la herida con Ethilon 5.0 (dos puntos) y se colocaron apósitos estériles. Se le hicieron las siguientes recomendaciones: mantener herida limpia y seca; retirada de puntos en siete días; no sonarse la nariz en siete días.

Como no existían datos de complicación en relación con la radiofrecuencia y una vez tratado el traumatismo facial y descartadas también complicaciones a este respecto, se decidió el alta hospitalaria el día 23 de julio sin que figure en su historia clínica referencia alguna posterior a este suceso.

Por otra parte, consta en la historia clínica Informe Psicológico Clínico de fecha 24 de junio de 2015 en el que el reclamante refiere alteraciones de tipo emocional durante las últimas semanas y tomar lorazepan desde el fallecimiento de su padre por lo que se le aconseja que mantenga el seguimiento psiquiátrico/psicológico que ha iniciado dada la presencia de sintomatología ansioso-depresiva que parece reactiva a la muerte reciente de su padre.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en el Reglamento de los

procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP) y se notificó al reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del RPRP, se han incorporado al expediente tanto el informe del Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación de 5 de febrero de 2016 como el de Supervisión de Enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico de 7 de febrero de 2016, ambos del H120.

El informe del Servicio de Anestesia y Reanimación responde de forma expresa a cada una de las manifestaciones efectuadas por el reclamante indicando que:

“En todo momento durante el despertar y la extubación, el paciente estuvo atendido por un médico anestesiólogo y un enfermero de quirófano, además de una auxiliar de enfermería que estaba recogiendo, quienes se mantuvieron junto a él durante todo el proceso. Así mismo la camilla del quirófano consta de barreras de seguridad a ambos lados, que estuvieron colocadas durante todo el procedimiento sin ser retiradas en ningún momento, a pesar de lo cual el paciente las sobrepasó por encima.

Tras la extubación, con el paciente en decúbito supino, tranquilo, con buena ventilación, apertura ocular espontánea y respuesta a la llamada y el anestesiólogo y enfermero a pie de la cama del mismo, éste de forma súbita e imprevista realiza un movimiento voluntario salvando los soportes de seguridad y precipitándose al suelo cayendo de rodillas y con los antebrazos, y sufriendo un traumatismo únicamente facial con epistaxis autolimitada, sin poder ser impedido por el enfermero y el anestesiólogo que se reitera se encontraban a pie de cama. Tras la precipitación se sienta en el suelo, intentándose levantar mientras era atendido por el personal. El anestesiólogo le

realiza una exploración preliminar confirmando buena movilidad de los miembros, buena respuesta neurológica y el cese espontáneo de la epistaxis, administrándole además corticoides y aplicándole frío local antes de trasladarle a la Reanimación En ese momento se le informa al paciente y a su acompañante de lo sucedido, a la que se le muestra además la disposición del quirófano, y se les comunica a ambos el aviso a Maxilofacial”.

En este informe y respecto a la exploración y tratamiento por parte de Maxilofacial se pone de manifiesto que, tal y como consta en el informe "*se objetiva laterorinia izquierda que el paciente ya refería como previa al traumatismo sin crepitaciones*" y únicamente se realizó lavado y sutura de la herida, por lo que, en contra de lo alegado por el reclamante, la rotura era anterior a lo sucedido tal y como él mismo manifestó.

Respecto a los hematomas y contusiones expresa que fueron debidos a la precipitación y la trombopenia y coagulopatía debida a su patología hepática.

Asevera que nadie les habló de “*despiste*”, que cuando se precipitó estaba extubado y en la situación ya descrita por lo que no es posible que estuviesen colocando el tubo de intubar que ya se había desechado con anterioridad.

Añade que se le hizo una exploración general y permaneció en Reanimación bajo observación alrededor de tres horas hasta que se realizó el alta a planta, siendo reevaluado en la planta de Digestivo como consta en el informe de alta: "*A su llegada a planta el paciente presenta buen estado general, epistaxis auto limitada y no presenta alteraciones neurológicas ni focalidad neurológicas...*".

Afirma, en contra de lo manifestado por el reclamante, que se le pidieron disculpas en el momento del hecho tanto a él como a su

acompañante y que, posteriormente el anesthesiólogo fue a visitarle a Reanimación para preguntarle por su estado, reiterando las disculpas.

Insiste en que no hubo negligencia pues el enfermero y el anesthesiólogo estaban a pie de cama y el paciente estaba en decúbito supino, tranquilo, con buena ventilación, apertura ocular espontánea y respuesta a la llamada, de forma súbita realizó un movimiento voluntario e imprevisible salvando los soportes de seguridad y precipitándose al suelo sin poder ser evitado por el anesthesiólogo y el enfermero que, reitera, se encontraban a pie de cama.

En cuanto a los problemas psicológicos, figura en el informe preanestésico que el paciente ya tomaba medicación ansiolítica (benzodiazepinas) y según el informe de psiquiatría de junio de 2015 ya presentaba sintomatología ansioso-depresiva con anterioridad a la intervención: *"Por otro lado se aconseja que el paciente mantenga el seguimiento psiquiátrico/psicológico que ya ha iniciado dada la presencia de sintomatología ansioso-depresiva que parece reactiva a la muerte reciente de su padre..."*.

Por último, respecto a la afirmación que realiza el reclamante sobre que *"hubiera quedado muerto en el suelo del quirófano por un simple despiste"*, reitera que en ningún momento hubo despiste, que estaba tranquilo y que de forma súbita e imprevista realizó un movimiento voluntario saltando el soporte y precipitándose con el enfermero y el anesthesiólogo a pie de cama sin poder evitarlo.

El informe de supervisión de enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico de 7 de febrero de 2016 pone de manifiesto:

"Durante la intervención y el despertar, el paciente estuvo atendido en todo momento por un médico anesthesiólogo y un enfermero de radiología intervencionista, que permanecieron junto a D. , además de

una auxiliar de enfermería la cual está recogiendo. La camilla donde se intervino al paciente consta de barreras de seguridad a ambos lados que estuvieron colocadas durante la intervención y el despertar del paciente, sin llegar a ser retiradas, a pesar de lo cual el paciente las sobrepasó.

El paciente una vez extubado, tumbado en la camilla, con buenas constantes vitales, y respuesta a la llamada, realiza un movimiento voluntario rápido e inesperado salvando las barreras de seguridad, con el médico y el enfermero al lado de camilla de intervención. Se precipita al suelo cayendo de rodillas y con los brazos sufriendo un traumatismo facial con epistaxis, sin poder sido evitado por los profesionales que le atendían pese estar al lado suyo. Tras la caída el paciente se sienta y se intenta levantar mientras es atendido por el personal sanitario. El médico le realiza una exploración inicial comprobando una buena movilidad de miembros, buena valoración neurológica y el cese espontáneo de la epistaxis. Le aplican corticoides y frío local antes de ser trasladado al servicio de Reanimación.

Se informa al paciente y familiar de lo sucedido, incluido se le invita a pasar a la sala de intervención, para explicárselo con todo detalle.

En cuanto a lo que refiere en su reclamación de que se le dijo que fue un "despiste", en ningún momento se refirieron de este modo a usted, por parte de los profesionales que estaban presentes dentro de la sala, y estaban atendiendo a D. . Además es imposible que se girara a para colocar el tubo pues el paciente ya llevaba un tiempo extubado, despierto, con buena ventilación, tranquilo y respondiendo a estímulos verbales".

Posteriormente, se evacuó el oportuno trámite de audiencia que fue notificado al reclamante el día 23 de marzo de 2016. No se han formulado alegaciones por su parte.

Con fecha 14 de junio de 2016, el Viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por entender que la asistencia sanitaria prestada en el Hospital 12 de Octubre fue correcta, adecuada y respetuosa con el principio de la *lex artis*, y que la caída se produjo por la única y exclusiva intervención de la víctima.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad de 16 de junio de 2016, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 29 de junio de 2016, se formuló preceptiva consulta a dicho órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora con el nº 401/16, al letrado vocal D.^a M.^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen la cual fue deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 7 de julio de 2016.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, se formulan las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de

Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJPAC), desarrollados en el RPRP.

El reclamante está legitimado activamente por sufrir un daño causado, supuestamente, durante la asistencia sanitaria prestada en el H120.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por tratarse de un hospital perteneciente a su red asistencial.

La reclamación ha sido formulada dentro del plazo de un año, a tenor de lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJPAC, pues el reclamante sufrió la caída el día de la intervención, esto es, el 22 de julio de 2015 y presentó la reclamación el día 21 de diciembre de 2015.

Se ha recabado el informe del servicio responsable de la asistencia sanitaria a la que se imputa la producción del daño tal como exige el artículo 10.1 del RPRP.

Se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJPAC y 11 del RPRP y el reclamante no ha formulado alegaciones.

Finalmente, se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria.

TERCERA.- El artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce a los particulares, en los términos establecidos por la ley, el derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos,

siempre que ésta sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos y no concurra circunstancia de fuerza mayor que sirva para exonerar a la Administración. La previsión constitucional se halla desarrollada en el Título X -artículos 139 y siguientes- de la LRJPAC.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (recurso de casación 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJPAC y una reiterada jurisprudencia que lo interpreta:

a) la efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizadamente en relación a una persona o grupo de personas;

b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal;

c) ausencia de fuerza mayor, y

d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, recurso de casación 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y

que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico. Pero que

“... lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta... Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, señala el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada con profusión (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) que,

"... no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), 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”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso 2228/2014) *"la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”.*

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el procedimiento datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, se viene señalando que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales pueda tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo

ocurrido, cabe entender conculcada la *lex artis* puesto que al no proporcionar a los interesados esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal (SSTS de 19 de mayo y de 27 de abril de 2015, recursos de casación 4397/2010 y 2114/2013).

QUINTA.- Del resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que, sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado, no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012 (recurso de casación 280/2009), recuerda que,

“... la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”.

En este sentido, la Sentencia de la Audiencia Nacional de 14 enero 2015 (recurso contencioso-administrativo 540/2012) indica:

“El instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas tiene como finalidad indemnizar a los particulares por "toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos" como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos (apartado 2 del artículo 106 de la Constitución y apartado 1 del artículo 139 de la Ley 30/1992), dejando indemne al perjudicado. En tal sentido, la indemnización es el medio de compensación previsto para restaurar, en la medida de lo posible, la integridad del patrimonio del lesionado sin que, en ningún modo, pueda proporcionársele un enriquecimiento sin causa.

La referencia en el texto constitucional, como en la Ley a la que se remite, a "toda lesión" justifica la aplicación del principio de reparación integral, constantemente proclamado por la Jurisprudencia (entre otras muchas, Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de abril de 1989, de 2 de julio de 1994 y de 4 de mayo de 1995), frente a la del principio nominalista, abarcando todos los daños alegados y probados por el perjudicado que, además de ser antijurídicos, reúnan los requisitos de efectividad, evaluación económica e individualización (apartado 2 del artículo 139 de la Ley 30/1992, citada).

Lo "efectivo", según la Real Academia Española de la Lengua es lo real y verdadero, en oposición a lo quimérico, dudoso o nominal, por lo que han de excluirse los daños hipotéticos, eventuales, futuros o simplemente posibles, así como los contingentes, dudosos o presumibles. Es decir, el detrimento personal o patrimonial del perjudicado debe ser constatable en la realidad, cierto, de lo que se sigue que el daño cuyo resarcimiento se pretende no sólo debe alegarse, sino también probarse”.

Por tanto, la existencia de un daño real y efectivo ha de ser acreditada por quienes reclaman la indemnización.

Aplicando la anterior doctrina al supuesto que analizamos, debemos en primer término, referirnos a la realidad del daño alegado. En el presente caso, resulta acreditado en el expediente que el día 22 de julio de 2015 en el quirófano, el reclamante se precipitó desde la camilla.

Procede, pues, analizar si concurre la necesaria relación de causalidad, puesto que la socialización de riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración cuando actúa al servicio de los intereses generales, no permite extender, por tanto, el concepto de responsabilidad para dar cobertura a cualquier acontecimiento, lo que

significa que la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad de la infraestructura material para prestarlo, 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 se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico.

Centrándonos en el supuesto objeto de dictamen, observamos que el reclamante, después de habersele realizado la radiografía hepática, se precipitó desde la camilla y, como consecuencia, sufrió epistaxis puntual, herida incisocontusa en el dorso nasal que requirió dos puntos de sutura y hematomas, debidos a la caída y a problemas de salud previos, habiendo quedado acreditado por las manifestaciones del reclamante que la fractura de los huesos de la nariz que se evidenció en el TAC craneal, era anterior a la caída. El reclamante fue atendido inmediatamente y se le practicaron pruebas diagnósticas que confirmaron su buen estado.

Según los informes emitidos por el Servicio de Anestesiología y Reanimación y por la Supervisión de Enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico, se encontraba en la camilla con barreras protectoras, extubado, saltó las barreras y se precipitó al suelo sin que el médico anestesiólogo y el enfermero que se encontraban a los pies de la camilla pudieran evitarlo. Se trató, pues, de un accidente imprevisible que acaeció a pesar de las medidas de seguridad desplegadas y sin que el personal sanitario que se encontraba junto a él pudiera evitarlo.

En este caso, procede traer a colación, el Dictamen 506/14, de 26 de noviembre, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid que, en un supuesto en el que el reclamante cayó al resbalar con líquido en el

suelo en el curso de una prueba diagnóstica, cuando se encontraba auxiliado por personal del centro de especialidades, consideró que el hecho de que *“el personal del centro no pudiera sujetar al reclamante en su caída permiten entender que hubo un funcionamiento inadecuado de los servicios públicos, causa de la caída y de que el daño se pueda calificar como antijurídico”*.

Aplicada la anterior doctrina al caso que nos ocupa, el reclamante se encontraba en el quirófano bajo los efectos de la anestesia por lo que la vigilancia por parte del personal sanitario debería haber sido más intensa dado el especial cuidado que ha de procurarse a los pacientes que se encuentran en las circunstancias descritas, lo que permite entender que hubo un funcionamiento inadecuado de los servicios públicos.

SEXTA.- Procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 12 del RPRP, emitir dictamen sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

Ha quedado acreditado que el reclamante, como consecuencia de la caída sufrió epixtasis puntual, herida incisocontusa en el dorso nasal que requirió dos puntos de sutura y hematomas, en los que influyeron sus patologías previas.

Los problemas psicológicos que dice padecer a consecuencia de la caída, según la documentación que consta en el expediente, eran previos a la intervención por lo que ha quedado acreditado que no tienen relación con la misma.

Por lo expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora considera que deberá resarcirse el daño en la cantidad global y actualizada de doscientos euros (200 €), cifra a la que se llega después de ponderar el carácter leve de las lesiones producidas.

En mérito a lo expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación reconociendo una indemnización de doscientos euros.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 7 de julio de 2016

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 289/16

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid