

**Tribunal Superior de Justicia de Madrid**

Sala de lo Contencioso-Administrativo

**Sección Décima**

C/ Génova, 10 - 28004

33009730

NIG: 28.079.00.3-2011/0001832



(01) 30135872083

**Procedimiento Ordinario 1137/2011-A**

**Demandante:** Dña.

LETRADO D. CARLOS SARDINERO GARCÍA

PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA

**Demandado:**

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

PROCURADOR D./Dña. FRANCISCO ABAJO ABRIL

**SENTENCIA Nº 171/2014**

Presidente:

**D./Dña. Mª DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS**

Magistrados:

**D./Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION**

**D./Dña. JOSÉ DANIEL SANZ HEREDERO**

**D./Dña. Mª JESUS VEGAS TORRES**

**D./Dña. CARMEN ALVAREZ THEURER**

En la Villa de Madrid a tres de marzo de dos mil catorce.

VISTO el recurso contencioso administrativo número 1137/2011 seguido ante la Sección X de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por Dña. Paloma Solera Lama, Procuradora de los Tribunales, en nombre y representación de Dña., bajo la dirección del Letrado Carlos Sardinero García contra la Orden de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, por delegación del Consejero de Sanidad, de fecha 29 de agosto de 2011, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el fallecimiento de D., por la que considera se le prestó una deficiente asistencia médica en los Hospitales

Habiendo sido parte demandada el Letrado de la Comunidad de Madrid, en representación de la COMUNIDAD DE MADRID.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Interpuesto el recurso, se reclamó el expediente a la Administración y siguiendo los trámites legales, se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito, obrante en autos, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y terminó suplicando que se dictara Sentencia por la que estimando el recurso contencioso-administrativo interpuesto, se anule la resolución impugnada, se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración demandada por los daños y perjuicios sufridos y se condene a la misma a indemnizar a las recurrentes en la cantidad de 100.000,00 euros.

**SEGUNDO.-** La COMUNIDAD DE MADRID, representada y defendida por el Letrado de sus servicios jurídicos contestó y se opuso a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que invocó, terminando por suplicar que se dictara Sentencia que desestime el recurso y confirme en todos sus extremos la resolución recurrida.

Por su parte, el Procurador de los Tribunales Sr. Abajo Abril, en representación de la entidad aseguradora se opone al recurso e interesa la desestimación de las pretensiones actoras.

**TERCERO.-** Por Decreto de 19 de julio de 2012 se fija la cuantía del procedimiento en 100.000,00 euros, y dando por contestada la demanda, por Auto de 21 de septiembre de 2012 se acuerda recibir el pleito a prueba. Practicada la que fue admitida en el mismo, es conferido trámite de conclusiones, cuyos escritos obran unidos a las actuaciones.

**CUARTO.-** Terminada la tramitación se señaló para votación y fallo del recurso la audiencia del día 19 de febrero del año en curso en que ha tenido lugar.

Ha sido Ponente la Magistrada Ilma. Sra. Doña **Carmen Álvarez Theurer**, quien expresa el parecer de la Sección.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**PRIMERO.-** El presente recurso contencioso administrativo se dirige contra la Orden de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, por delegación del Consejero de Sanidad, de fecha 29 de agosto de 2011, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el fallecimiento de D., por la que considera se le prestó una deficiente asistencia médica en los Hospitales

Pretende la parte actora que se estime el recurso contencioso-administrativo interpuesto, y se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que deberá indemnizarle en la cantidad de 100.000,00 euros por el fallecimiento de su padre y esposo, como consecuencia de haber dejado evolucionar sin tratamiento una neumonía comunitaria, detectada en el estudio radiológico preoperatorio de la intervención de segundo dedo en garra de pie derecho que le practicaron, sin recibir información sobre estos hallazgos radiológicos, administrando fluidoterapia a chorro que provocó un edema agudo de pulmón que agravó el cuadro clínico, produciéndose la muerte por shock séptico.

Por su parte, la Administración demandada interesa la desestimación del recurso a la vista del Informe del Servicio de Inspección se puede afirmar que la actuación de los facultativos se ajustó en todo momento a la *lex artis*.

**SEGUNDO.-** Constituyen hechos relevantes a efectos de resolver la reclamación de responsabilidad por deficiente asistencia sanitaria recibida, los siguientes:

El 8 de octubre de 2007: estudio radiológico PA y LAT de tórax (posteroanterior y lateral): Se observa un aumento de densidad superpuesto al arco anterior de la cuarta costilla derecha, que se repite en dos proyecciones realizadas. Podría responder al parénquima pulmonar, por lo que en caso de no existir clínica neumónica en el momento actual, recomendamos únicamente realizar radiografía de control dentro de 3 meses (momento en que deberá aportar esta radiografía).

No hay otras alteraciones a excepción de cambios degenerativos en la columna dorsal.

El 21 de noviembre de 2007: No existe constancia de que la anestesista valorase la placa del 08/10/07 el día 21/11/07 en la consulta preanestésica, describe cuadro catarral sin fiebre y apto para intervención salvo empeoramiento.

Con fecha 3 de diciembre de 2007: Artroplastia de AIFP (articulación interfalángica proximal) 2º pie derecho + tenotomía extensor 3º.

El 3 de diciembre de 2007: cuidados en sala de readaptación (constantes normales).

Sin fecha: solicitud de preoperatorio a cardiología (sin hallazgos) y a anestesia.

El día 6 de diciembre de 2007: Ingreso en Urgencias por fiebre de 39.2º C, náuseas, escalofríos y mareos, tos sin expectoración. No disnea, no dolor torácico, a las 11,42 habiendo sido valorado previamente en su domicilio a las 10:10 horas por el SUMMA. Se controlaron las constantes, se pidieron analíticas, placas de tórax y ECG. Se le pautaron como primeros antibióticos augmentine y azitromicina. Reposición hídrica e iónica. Heparina. Protector gástrico. La estancia en Urgencias se divide en 5 hojas, en la segunda se indica “probable neumonía” como juicio clínico, en la 3ª se expresa como juicio clínico “probable infección respiratoria vs TEP” corresponde a las 13,30 horas. Posteriormente en la hoja nº 5, a las 16,30 horas y tras conocer el resultado de la radiografía de tórax se emite el juicio clínico: “neumonía de LSD en paciente intervenido de cirugía de 2º dedo de pie derecho”

Días 7 y 8 de diciembre de 2007: Ingresado en Medicina Intensiva diagnosticado de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a neumonía del lóbulo superior derecho, insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica y coagulopatía. Se llevó a cabo fibrobroncoscopia:

Hallazgos: Se realiza broncofibroscopia a través del tubo orotraqueal del 8.5. Carina traqueal normal. Ambos sistemas bronquiales presentan signos de bronquitis, presentando una irritación generalizada de la mucosa bronquial. Presenta escasas secreciones purulentas, más abundantes en lóbulo superior derecho, que se aspiran. Se realiza lavado broncoalveolar con 150 cc de suero salino a través del lóbulo medio, recuperando 86 cc. Se deja la punta del tubo orotraqueal a unos 3 cm. De la carina traqueal. Resumen: Sin hallazgos bronquiales.

Se intubó y se instauró ventilación mecánica. Se controlaron las constantes hemodinámicas con noradrenalina.

No tenía leucocitosis, la fiebre había descendido desde el ingreso. Se registra: “el paciente en estas semanas no refiere tos ni expectoración”.

Presenta confusión y van aumentando las cifras de creatinina.

Entró en acidosis metabólica.

Posteriormente en anuria.

A las dos de la madrugada del día 8 presenta episodios de fibrilación auricular con respuesta ventricular en torno a 115 lpm sin empeoramiento de su situación hemodinámica.

A las 12 horas y 10 minutos del día 8 con un pulso de 80 lpm, entra progresivamente en bradicardia hasta parada cardíaca y fibrilación auricular sin respuesta a 10 minutos de maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Los estudios microbiológicos cuyo resultado es posterior a la fecha de fallecimiento son positivos en esputo para streptococcus pyogenes (grupo A) y en hemocultivo para estafilococo coagulasa negativo.

**TERCERO.-** Centrándonos en el estudio de la reclamación de responsabilidad patrimonial derivada de la deficiente actuación médica, hemos de indicar que la jurisprudencia ha precisado que, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: 1) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. 2) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. 3) Ausencia de fuerza mayor. 4) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente por su propia conducta. 5) Reclamación en el plazo de un año desde el evento dañoso o desde su manifestación.

La doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de actuaciones médicas, ha modulado de forma importante los requisitos generales que configuran la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario y así, según reiterada y consolidada doctrina de nuestro más Alto Tribunal, la prestación sanitaria conlleva el derecho a obtener una prestación sanitaria conforme criterios objetivos, de medios, sin generar una obligación de resultados. Se trata de una obligación de actividad conforme a la regla de la "lex artis", TS 16/3/2005 que cita a su vez, (TS sentencia de 11/5/1999 , entre otras), a los efectos de determinar si, en el caso concreto, la actuación médica, o de otro personal sanitario interviniente, se ha ajustado a la "lex artis", actuando de forma correcta y adecuada, con independencia del resultado dañoso que puede deberse, o bien a la situación de riesgo que comporta el paciente, caso en el que nos encontraríamos ante la ruptura del

nexo causal, y en su caso, del nexo causal idóneo o eficiente para la causación del daño, o bien puede deberse a los riesgos inherentes a la intervención practicada, riesgos que el paciente tiene el deber jurídico de soportar, por ser inherentes a la terapia y la praxis concreta a la que se haya de someterse, de lo que se deriva la ausencia de antijuridicidad, aún en el caso en que concurra lesión o daño.

En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo de 2/10/2007 así como la ya citada de 16/03/2005 en la que se expresa: *"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 la 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 beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida."*

La doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo viene modulando los requisitos necesarios para poder ser acreedor de una indemnización en el ámbito de la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Citamos a estos efectos la Sentencia del TS de fecha 2/10/2007 que en su fundamento jurídico tercero expresa que la antijuridicidad del daño constituye un requisito exigido por la jurisprudencia, baste al efecto la referencia a la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003). Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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.

Es constante la jurisprudencia ( SS. 3-10-2000, 21-12-2001, 10-5-2005 y 16-5-2005, entre otras muchas) en el sentido de que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible, dentro de los servicios prestacionales del Servicio Nacional de Salud.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que *"en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto."*

**CUARTO.-** Como es sabido, la jurisprudencia del Tribunal Supremo viene reiteradamente exigiendo para apreciar la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar (daño antijurídico) y que sea real, concreta y susceptible de evaluación económica; que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

No podemos olvidar que, como ha declarado reiteradamente el Tribunal Supremo SSTS de 5 de diciembre de 1995 , 13 de octubre de 1998 , 3 de octubre de 2000 , entre otras muchas), "el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual debe tomar en consideración que:

a) Entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen aquellas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél.

b) No son admisibles, en consecuencia, otras perspectivas tendentes a asociar el nexo de causalidad con el factor eficiente, preponderante, socialmente adecuado o exclusivo para producir el resultado dañoso, puesto que válidas como son en otros terrenos irían en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas. (...) ".

Expuesta la jurisprudencia sobre la materia que nos ocupa, y determinadas las posiciones de las partes, procede analizar ahora si concurren en el presente caso los presupuestos determinantes del nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, tal y como aparece regulada en los arts. 139 y siguientes de la LRJ y PAC.

La parte recurrente interesa el abono de una indemnización económica derivada de responsabilidad patrimonial, habida cuenta de que el fallecimiento del Sr. por neumonía se produce como consecuencia de posibles deficiencias en la atención recibida ante el cuadro que presentaba, que se objetivaba en la placa realizada al paciente el día 8 de octubre de 2007, pese a lo que no se adoptó el tratamiento y medidas oportunas.

En apoyo de dicha pretensión aporta la parte recurrente informe médico-pericial emitido por el Dr., especialista en Medicina Interna, que extrae como conclusiones: "Primera: D. fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital por un cuadro de neumonía comunitaria grave, y reunía criterios de sepsis grave e insuficiencia respiratoria que indicaban su ingreso y tratamiento en UCI.

Segunda: Durante dicha atención en Urgencias se produjo una infravaloración de su riesgo vital, que se manifestó por una demora objetiva y decisiva en la realización de pruebas, en el inicio del tratamiento antibiótico indicado y en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.



Tercera: Lo anterior determinó una insuficiencia de los medios empleados y una disminución objetiva de sus posibilidades de supervivencia.

Cuarta: En la intervención quirúrgica realizada tres días antes de su ingreso no se hizo una valoración explícita de las alteraciones existentes en la radiografía de tórax.”

La Administración demandada remite en fundamento de su oposición a la reclamación presentada a la documentación obrante en el expediente administrativo y al Informe de la Inspección sanitaria, el cual indica en sus conclusiones lo siguiente: “Primera: La radiografía fundamento de la reclamación, llevada a cabo el 8 de octubre de 2007, no se ha podido someter a peritaje por no encontrarse en la historia clínica del hospital, desconociendo si se encuentra en poder de los reclamantes.

Segunda: En el periodo comprendido entre el día 8 de octubre y AL MENOS el día 13 de noviembre no se encuentra en ningún registro clínico que el paciente expresase ningún síntoma relacionado con neumonía en ninguna de sus dos manifestaciones típica o atípica. No existe constancia de que la anestesista valorase la placa del 08/10/07 el día 21/11/07 en consulta preanestésica, describe cuadro catarral sin fiebre y apto para intervención salvo empeoramiento.

Tercera: El tratamiento pautado en las Urgencias del Hospital para el diagnóstico de neumonía de la Comunidad es acorde con los conocimientos actuales de la medicina. Existe constancia documental (historia clínica de Atención Primaria) de que el paciente no había manifestado síntomas ni quejas en relación a proceso de insuficiencia cardíaca, estando incluido en los programas de atención preventiva del adulto, y siendo hallazgos de autopsia las alteraciones estructurales cardíacas. No se ha demostrado que estos hallazgos tuviesen repercusión funcional antes del 6 de diciembre de 2007, pero si, que el paciente padeció una neumonía de la Comunidad.

Cuarto: No se puede afirmar relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente por neumonía de la comunidad, shock séptico y fallo multiorgánico y la asistencia sanitaria recibida, aunque hubiese sido deseable mayor rigor en el registro documental del día 21/11/2007 estando ausentes el resultado de la placa del día 08/10/07 y los datos de auscultación pulmonar del paciente”.

La parte demandada aporta informe médico pericial emitido por la Dra. especialista en Medicina Interna, la cual concluye: “Primera: Que Don fue intervenido por el Servicio de Traumatología del Hospital por un dedo en garra del 2º dedo del pie derecho.

Segunda: Que en la radiografía del preoperatorio presentaba un infiltrado en LSD sin clínica alguna asociada, recomendando control a los tres meses, sin que aparentemente haya relación causal con el cuadro infeccioso posterior, y sin que exista evidencia de que el paciente consultara por sintomatología respiratoria en ese intervalo.

Tercera: Que fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital por un cuadro febril realizando las pruebas diagnósticas pertinentes, y utilizando los medios y el tratamiento necesarios en función de la evolución clínica.”

**QUINTO.-** Del examen del expediente administrativo así como de las pruebas periciales indicadas resulta un hecho incontestable, y es que no consta en la historia clínica remitida la radiografía efectuada el 8 de octubre de 2007, que sirve de fundamento a la reclamación actora, de modo que ni los informes periciales han podido tenerla a la vista a la hora de su emisión.

Ni tan siquiera durante la tramitación del presente procedimiento judicial se ha aportado por la Administración la referida placa, a pesar de que su realización no ha sido puesta en duda por ninguna de las partes, y de las indicaciones (precedentemente transcritas) que la historia del paciente contenía a la vista de la misma.

El propio Servicio de Inspección pone de manifiesto su ausencia en la historia clínica del hospital que le ha sido remitida, así como los datos de auscultación pulmonar del paciente, siendo deseable un mayor rigor en el registro documental del día 21 de noviembre de 2007.

El informe pericial presentado por la entidad aseguradora, en relación a la presencia de infiltrado en la radiografía de tórax, sostiene que es “difícilmente entendible que el paciente presentara ya una neumonía 2 meses antes del cuadro, cuando estaba asintomático y con esa evolución tan lenta. Añadiendo además que en la necropsia del pulmón derecho se describen alteraciones quísticas además de las inflamatorias (lesiones quísticas en ápex del pulmón derecho con múltiples quistes con contenido líquido seroso y paredes delgadas), que podrían justificar la imagen radiológica sin que por lo tanto se debiera a patología infecciosa, como así lo hacía pensar la ausencia de sintomatología del paciente en ese momento. No creo por lo tanto que esa imagen radiológica fuera la misma que comprometió respiratoriamente al paciente en el postoperatorio, en el que se describe un cuadro agudo de

rápida evolución, con un empeoramiento fatal en 48 horas”, lo que revela que dado que no se ha podido examinar la radiografía, se efectúen suposiciones y conjeturas en relación con la neumonía que el 8 de octubre de 2007 pudiera haber sufrido el fallecido, como productora del fatal desenlace.

Efectivamente, al estar incompleta la historia médica del paciente, es imposible que pueda aceptarse la tesis de la Administración pues no puede olvidarse que la técnica médica es de medios y no de resultados, medios que, en este caso, dada la ausencia tanto de la placa mencionada como de la exploración del paciente en esa misma fecha, debe llevarnos a concluir que no se valoraron adecuadamente las alteraciones presentes en la radiografía de tórax con carácter previo a la realización de la intervención programada, desconociendo, en todo caso, si debiera haberse proporcionado al enfermo algún tratamiento médico ajustado a las exigencias de la lex artis. Y como la obligación de aportar la historia clínica es carga de quien la tiene en su poder- en este caso la Comunidad de Madrid- su ausencia no puede perjudicar la pretensión de la parte recurrente quien con ese actuar administrativo se ve imposibilitado para demostrar la veracidad de sus afirmaciones consistentes en que se produjo una desatención médica pese a la neumonía que revelaba la radiografía de constante referencia. Afirmación cuya veracidad no puede constatarse, dado el incumplimiento de la obligación de la Administración de guarda y custodia y, por tanto, de remisión al Tribunal de la historia médica completa del paciente.

De lo expuesto esta Sala admite la tesis propuesta por el actor y concluye que hay relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el fallecimiento del Sr. quién fallece por neumonía de la comunidad, shock séptico y fallo multiorgánico.

En consecuencia, habiéndose acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para que pueda hablarse de responsabilidad patrimonial, esta Sala estima el presente recurso contencioso administrativo, y se reconoce a la parte actora la cantidad de 100.000 euros solicitada.

**SEXTO.-** En virtud de cuanto se ha expuesto, procede estimar el presente recurso contencioso-administrativo, y, conforme a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la vigente Ley 29/1.998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, no procede efectuar pronunciamiento alguno en cuanto a costas.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación

Por la potestad que nos confiere la Constitución Española, en nombre de S.M. El Rey,

### **FALLAMOS**

**Que debemos estimar y estimamos el recurso contencioso administrativo número 1137/2011 interpuesto por Dña. Paloma Solera Lama, Procuradora de los Tribunales, en nombre y representación de Dña contra la Orden de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, por delegación del Consejero de Sanidad, de fecha 29 de agosto de 2011, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el fallecimiento de D., la cual, por no hallarse ajustada a Derecho anulamos, debiendo reconocer a la parte recurrente el derecho a ser indemnizado en la cantidad de 100.000 euros; y todo ello sin efectuar pronunciamiento alguno en cuanto a las costas procesales.**

Notifíquese esta Sentencia a las partes en legal forma, haciendo la indicación de que contra la misma cabe interponer **Recurso de Casación** de conformidad con lo dispuesto en el artículo 86.2º.a) de la Ley 29/1.998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Y para que esta Sentencia se lleve a puro y debido efecto, una vez alcanzada la firmeza de la misma remítase testimonio, junto con el Expediente Administrativo, al órgano que dictó la Resolución impugnada, que deberá acusar recibo dentro del término de diez días conforme previene la Ley, y déjese constancia de lo resuelto en el procedimiento.

Así por esta nuestra Sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN.-** Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por la Ilma. Sra. Magistrada Ponente Dña. CARMEN ALVAREZ THEURER, estando la Sala celebrando audiencia pública en el día 14 de Marzo de 2014, de lo que, como Secretario, certifico.