



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanidad

Subsecretaría
Secretaría General Administrativa
Servicio de Responsabilidad Patrimonial

Micer Mascó, 31-33 · 46010 València
Tel. 012
srp_san@gva.es · www.san.gva.es

SGA/SRP/AM/CAC/TP/EA
Expt. R.P. 101/22
Resolución



RESOLUCIÓN

HECHOS

PRIMERO.- Con fecha 29/04/2022 tiene entrada en la oficina de registro electrónico de la Generalitat Valenciana escrito de D. _____ por medio del cual formula reclamación de responsabilidad patrimonial, en el que exponía, entre otros, los siguientes hechos:

“PRIMERO.- Quien suscribe es beneficiario de la acción protectora de la Seguridad Social.

SEGUNDO.- Don _____ nació el 12 de noviembre de 1979 y, como antecedentes personales, presenta diabetes mellitus tipo 1.

En fecha 8 de mayo de 2021, mientras almorzaba, presentó mareo, así como dificultad para tragar severa, con imposibilidad de tragar saliva, por lo que fue llevado al Centro de Salud de Oropesa del Mar, siendo atendido en Urgencias a las 12:02 horas, necesitando la ayuda de la persona que le llevó a dicho centro para no caerse. Asimismo, presentaba parálisis facial del lado derecho, comentando al médico que le atendió que no notaba el brazo izquierdo y que se le dormía.

Aunque el médico le manifestó que se trataba de una parálisis facial, le indicó a la persona que le acompañaba que claramente se trataba de un ictus.

Se acordó su traslado en ambulancia al Hospital General de Castellón. Sin embargo, no se activó el Código Ictus.

En el informe de la asistencia referida se indicó lo siguiente: (...)

Aportamos la Historia Clínica como DOC. Nº1.

TERCERO.- D. _____ fue atendido en el Hospital General de Castellón a las 12:57 horas, refiriendo lo que le ocurría, e indicando que tenía dormida toda la parte izquierda del cuerpo, incluyendo cara, brazo y pierna.

En el informe consta, como enfermedad actual, lo siguiente: (...)

Se realizó exploración física, con los siguientes resultados: (...)

Destaca la presencia de asimetría facial, desviación de la comisura labial a la izquierda, cierre de párpado derecho débil y arrugas de la frente asimétricas.

Se realizó analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax.



En cuanto a su evolución, se anotó lo siguiente: (...)

Fue dado de alta a las 17:51 horas, con el diagnóstico principal de parálisis facial y los diagnósticos secundarios de hiperglucemia e hipertensión, con recomendaciones y tratamiento con Dacortin y Omeprazol.

A su salida del centro hospitalario, presentaba disfagia severa, necesitando la ayuda de su acompañante para caminar, dado que de lo contrario se caía, con todo el lado izquierdo del cuerpo dormido, la cara derecha paralizada y con mareo.

CUARTO.- Por la noche, en su domicilio, D. intentó tomar la medicación pautada, no pudiendo tragar los comprimidos, dado que presentaba disfagia severa, por lo que fue llevado a las Urgencias del Centro de Salud de Onda, donde fue atendido a la 1:22 horas del 9 de mayo de 2021.

En el informe de la asistencia se anotó, como motivo de consulta, el siguiente: (...)

Se administró Urbason por vía intramuscular y fue dado de alta a su domicilio.

QUINTO.- En la mañana del 9 de mayo, a las 11:51 horas, fue llevado nuevamente al Centro de Salud de Onda para la administración de Urbason, dado que seguía presentando disfagia severa.

En el apartado "Exploración" del informe, que aportamos como DOC. N°4, se indicó: (...)

Tras la administración por vía intramuscular de Urbason, fue dado de alta a su domicilio.

SEXTO.- Horas después, al encontrarse peor, fue llevado al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Plana.

En el informe se hizo constar en el apartado de "Enfermedad o proceso actual" lo siguiente: (...)

Se realizó exploración física, con el siguiente resultado: (...)

Se realizó TAC sin contraste y radiografía de tórax, sin hallazgos significativos, y se acordó su ingreso por la clínica de disfagia a sólidos y líquidos y continuar estudio.

SÉPTIMO.- El paciente permaneció ingresado en el Hospital Universitario de La Plana hasta el 28 de mayo de 2021.



En el informe de alta, en el apartado de "Motivo de consulta", se indicó lo siguiente: (...)

El paciente fue atendido inicialmente por Medicina Interna y, posteriormente, por Neurología, realizándose Resonancia Magnética Cerebral, con el siguiente resultado: (...)

En el apartado de "Evolución", se hizo constar lo siguiente: (...)

Los diagnósticos al alta fueron los siguientes: (...)

Se pautó tratamiento, recomendaciones y los siguientes controles: (...)

OCTAVO.- Como consecuencia de la no activación del Código Ictus y, por lo tanto, al no haberse diagnosticado con anterioridad dicha patología y no haberse pautado el tratamiento oportuno, D. [redacted] está de baja laboral desde el 12 de mayo de 2021, como se acredita con el DOC. N°2, y sigue en rehabilitación, presentando falta de sensibilidad (adormecimiento) en la parte izquierda del cuerpo, y con la mano agarrotada. Tiene dificultad al ingerir algunas texturas, sensación de mareo constante, sobre todo al estar de pie, necesitando apoyarse para evitar caerse en determinados momentos, con taponamiento del oído derecho, así como ansiedad, no pudiendo dormir con normalidad. También presenta nistagmus, y sigue asistiendo a sesiones de psicología por las secuelas del Ictus.

El Código Ictus es el procedimiento de actuación sanitaria prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus de probable naturaleza isquémica, (disminución importante del flujo sanguíneo cerebral, de forma anormalmente brusca) , con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato por parte de los Servicios de Urgencia a un hospital con Unidad de Ictus de aquéllos pacientes que, por sus condiciones clínicas, puedan beneficiarse de una terapia de perfusión y de cuidados especiales en una Unidad de ictus.

El objetivo de este procedimiento es que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas a la llegada a la puerta del hospital sea lo más breve posible.

En la actualización para los años 2019-2023 del Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana, que aportamos como DOC. N°3, se establece el Protocolo de atención al ictus agudo: "Código Ictus", en el apartado 5, indicándose lo siguiente: (...)

Los principios que rigen el Código Ictus son: (...)

Y se establecen los criterios de inclusión y exclusión para la activación del Código Ictus: (...)



Se especifica que, ante una duda razonable, "NO SE DEBE EXCLUIR LA POSIBILIDAD DE UN ICTUS Y ORDENAR EL TRASLADO DEL PACIENTE ACTIVANDO EL CÓDIGO ICTUS, SI PROCEDE".

En el caso de D. cuando acudió al Centro de Salud de Oropesa, a las 12:02 horas del 8 de mayo de 2021, presentó mareo y disfagia, así como parálisis facial.

En los criterios de inclusión para la activación del Código Ictus se establece como primer punto, la existencia de déficit neurológico. No se realizó medición de la escala de Cincinnati en el Centro de Salud, pero sí constan síntomas y signos de sospecha de ictus, como la parálisis repentina de la cara, entre otros.

Los síntomas habían comenzado muy poco tiempo antes, dado que fue la aparición de estos lo que motivó que acudiera al Centro de Salud, por lo que estaba dentro de la ventana terapéutica para haberse beneficiado de tratamiento fibrinolítico, toda vez que éste debe realizarse en un tiempo máximo de 4,5 horas desde el inicio de la sintomatología.

Por lo tanto, queda patente que el personal del Centro de Salud de Oropesa minusvaloró la sintomatología del paciente, no activando al Código Ictus pese a que se cumplían los criterios de inclusión.

Lo mismo sucedió cuando acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Castellón, a las 15:57 horas del 8 de mayo de 2021.

Y cuando acudió al Centro de Salud de Onda a las 1:22 horas y a las 11:51 horas, tampoco se supieron identificar los síntomas del ictus que estaba sufriendo el paciente.

Por lo tanto, los ACTOS MÉDICOS REPROCHABLES son las asistencias prestadas a D. con anterioridad a que quedara ingresado en el Servicio de Neurología del Hospital de La Plana, dado que, pese a que presentó signos y síntomas de estar sufriendo un ictus, no se activó el Código Ictus, impidiéndose, así, la posibilidad de que se le aplicara el tratamiento oportuno, con el que podrían haberse evitado o minorado sustancialmente las secuelas que presenta.

(...)"

SEGUNDO.- Del relato de los hechos formulado por el reclamante, se desprende que, para la parte reclamante, es imputable a la Administración una deficiente asistencia médica por retraso diagnóstico.

Los daños causados han sido cuantificados por el reclamante, en el escrito inicial de reclamación, en la cantidad de 232.296,72 €



TERCERO.- A su reclamación acompañó la parte reclamante copia de diversa documentación de carácter clínico, documento actualizado 2019-2023 del “Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana”

CUARTO.- Mediante escrito fechado el 24/05/2022 se notificó a la parte reclamante la iniciación del procedimiento administrativo, con todas las determinaciones legales previstas en las Leyes 39 y 40/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y de Régimen Jurídico del Sector Público, respectivamente, y así, se indica el plazo de resolución del procedimiento, los efectos jurídicos del silencio administrativo, el trámite de prueba, procedimiento judicial penal o civil en curso, la subsanación de defectos y otras obligaciones del reclamante.

QUINTO.- El responsable de la tramitación de este expediente ha sido el Servicio de Responsabilidad Patrimonial, órgano con dependencia de la Secretaría General Administrativa, de acuerdo con el Decreto 135/2023, de 10 de agosto, del Consell, de aprobación del Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad, y con el artículo 22.2.a) de la Orden 4/2023, de 13 de octubre, de la Conselleria de Sanidad, de desarrollo del mismo.

Si bien, para los actos de instrucción médico-sanitaria, dicha competencia corresponde al Servicio de Inspección Médica.

SEXTO.- En fecha 27/12/2022, se acordó la ampliación del plazo máximo para la resolución del procedimiento por la persona titular de la Subsecretaría, habida cuenta del volumen de reclamaciones de responsabilidad patrimonial que se tramitan en el servicio de responsabilidad patrimonial.

SÉPTIMO.- Durante la instrucción de la reclamación se han incorporado al expediente los siguientes informes:

- Historia clínica del Hospital General Universitario de Castellón y del Hospital de la Plana.
- Informe de funcionamiento del jefe del Servicio de Urgencias del Hospital de la Plana, de fecha 01/06/2022.
- Informe de funcionamiento de facultativo médico de atención primaria del CSI Onda, remitido en fecha 16/06/2022.
- Informe de funcionamiento del jefe del Servicio de Urgencia del Hospital General Universitario de Castellón, de fecha 06/07/2022.
- Informe de funcionamiento del jefe de Zona Básica, Centro de Salud de Oropesa del Mar, de fecha 05/07/2022.
- Informe médico pericial de orientación, emitido por Dña. especialista en medicina interna, en fecha 18/07/2022.
- Informe técnico sanitario de la Inspección de servicios sanitarios emitido por el médico inspector de la Inspección de Servicios sanitarios, don de fecha 24/11/2022.



- Informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal, de fecha 14/02/2023.

OCTAVO.- Puesto de manifiesto el expediente en trámite de audiencia a la parte reclamante, mediante escrito fechado el 02/03/2023, para examinar el expediente, formulación de alegaciones y aportación de cuantos documentos y justificaciones estime oportunos, se presenta escrito con entrada en fecha 16/03/2023 en la Oficina de registro electrónico de la Generalitat Valenciana, por medio del cual formula alegaciones reiterando, en síntesis, lo manifestado en la reclamación inicial, aportando quince documentos correspondientes a informe pericial de parte emitido el 12/03/2023 por el Dr. D. [diversa] documentación administrativa en relación a la tramitación de expediente de discapacidad, informe de la Psicóloga Dña. [diversa] de fecha 14/12/22, así como documentación de carácter clínico.

NOVENO.- Por lo que respecta a la Administración la presente reclamación no resulta imputable a compañía aseguradora ya que en el periodo considerado ésta no dispuso el aseguramiento de su responsabilidad patrimonial, por la que responde directamente, limitando la traslación del riesgo asegurado a la responsabilidad civil de su personal y la subsidiaria de la Administración resultantes en su caso de un procedimiento penal.

DÉCIMO.- Con fecha 4/1/2024, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial emitió propuesta de resolución estimatoria de la reclamación y a su vez el Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana en su sesión de fecha 13/3/2024 emitió su dictamen, con las razones que en cada caso pueden verse.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- Competencia

La persona titular de la Subsecretaría es competente para la resolución del presente expediente, de conformidad con la delegación de la persona titular de la entonces denominada Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, según Resolución de 21/12/2021 (DOGV 9245).

Segundo.- Procedimiento

Se han seguido en la tramitación del expediente las normas contenidas en el título IV de la Ley 39/15, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP) y en el capítulo IV del título preliminar de la Ley 40/15, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP).



Por lo que se refiere a las pruebas propuestas, se han traído al expediente en definitiva la historia clínica del paciente y los informes de funcionamiento, cuya incorporación resulta por lo demás de la previsión legal sobre trámite de los procedimientos de responsabilidad patrimonial y que son en todo caso el punto de partida para la valoración de la asistencia sanitaria prestada.

Así pues, respecto de la prueba documental propuesta se hace notar que forma parte de la historia clínica de la paciente, incorporada al expediente.

Al respecto, la instrucción por la Conselleria de Sanidad de los expedientes de responsabilidad patrimonial viene realizándose con adecuación al criterio doctrinal que entiende que, en cuanto a la prueba, el hecho de que la Ley prevea un período del procedimiento destinado a la actividad probatoria no supone que únicamente puede llevarse a cabo ésta dentro del mismo. El principio de preclusión no rige en el procedimiento administrativo de igual forma que en el proceso civil, ya que es posible la aportación de pruebas en cualquier momento, al igual que las alegaciones, según el art. 76 de la Ley 39/15 (LPACAP). Por tanto, el hecho de que la Ley prevea un período del procedimiento destinado a la proposición y práctica de prueba no supone que la actividad probatoria haya de llevarse a cabo en exclusiva dentro del mismo, sino más bien que dicha actividad se produzca de modo razonado y con finitud.

En fase de instrucción del procedimiento, de oficio se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente. Además, de conformidad con el artículo 81 de la Ley 39/2015 (LPACAP), han sido solicitados por este servicio los informes de funcionamiento de los servicios afectados, junto con el Informe pericial de orientación de Promede y el informe de Inspección de los Servicios sanitarios, que junto con el informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal contienen toda la información necesaria para resolver adecuadamente el procedimiento.

A su vez, procede tener en cuenta la Ley 10/1994, de 19 de diciembre, reguladora del Consell Jurídic Consultiu, modificada por Ley 11/2018, de 21 de mayo, de modo que solo resulta preceptivo el dictamen de dicho órgano en los expedientes de cuantía superior a 30.000.-€, debiéndose atender en los de cuantía indeterminada, cuando no la haya fijado el interesado, a la estimación del instructor en el sentido de que la misma no superaría tal importe.

En este caso es necesaria la incorporación del preceptivo dictamen, a la vista de la cuantía reclamada.

Tercero.- Legitimación activa

En lo que respecta a la legitimación activa de la reclamante ha quedado acreditada suficientemente en el expediente al ser el presunto perjudicado.



Cuarto.- Legitimación pasiva

En cuanto a la legitimación pasiva de la Generalitat, deviene al prestarse el servicio público o la actividad administrativa por la Conselleria de Sanidad.

Quinto.- Análisis de la prescripción

Con carácter previo al análisis del contenido de la reclamación, se hace necesario examinar si la misma ha sido presentada en tiempo y forma.

El plazo para la interposición de la acción se encuentra previsto en el artículo 67.1 de la Ley 39/15, LPAC-AP, que dispone *"el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el 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"*.

En el presente supuesto la fecha de presentación de la reclamación fue el 29/04/2022 en la oficina de registro electrónico de la Generalitat Valenciana y por su parte, se ha de fijar la fecha del alta hospitalaria el 28/05/2021 como la de establecimiento de las secuelas.

Así pues, se ha de concluir que dicha reclamación fue presentada dentro del plazo de un año establecido en el mencionado artículo 67.1 de la Ley 39/15, LPAC-AP.

Sexto.- Análisis de la reclamación

El artículo 106.2 de la Constitución Española y los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, establecen que los particulares tienen derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de 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 normal o anormal de los servicios públicos, y que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar, de acuerdo con la Ley.

De este modo, dos son las cuestiones a las que hay que dar respuesta a la hora de enjuiciar la posible existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración: la existencia de una relación causal entre la prestación del servicio público en que la asistencia sanitaria consiste, sin que concurra una fuerza mayor que exonere de la misma, y la antijuridicidad del resultado, esto es, la inexistencia del deber jurídico de soportar el daño por el interesado.

Por su parte, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias los requisitos de la responsabilidad patrimonial



extracontractual de la Administración, constituyendo así un cuerpo de doctrina legal cuyo resumen se puede hacer como sigue:

1º) Realidad de un resultado dañoso, incluyéndose en el daño el lucro cesante.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. La calificación de este concepto viene dada tanto por ser contraria a derecho la conducta del autor como, principalmente, porque la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión necesitada de ser precisada en cada caso concreto, a cuyo respecto nuestra doctrina jurisprudencial declara que la *Lex Artis* actúa como el módulo rector que permite determinar la antijuridicidad del daño en el sentido antedicho de que el interesado no tenga obligación de soportarlo.

3º) Imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en la jurisprudencia que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refiere a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo, inmediato y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, debiendo tenerse en cuenta que el daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la relación o nexo causal directo o inmediato entre lesión patrimonial y el funcionamiento, no procediendo la indemnización si han intervenido otras causas o interferencias extrañas como pueda ser la fuerza mayor.

Además, es importante constatar que las reclamaciones sanitarias tienen todas ellas en común el que recaen sobre un elemento trascendental cual es la salud de las personas. Ahora bien, dicho derecho o bien jurídico, de carácter fundamental, comporta a su vez unos condicionamientos esenciales debido a la inexorable falibilidad del ser humano, que supone la imposibilidad de asegurar o reponer el adecuado estado de salud de las personas en cualquier tipo de circunstancias.

En el anterior sentido, con relación a la actividad sanitaria, la doctrina ha venido a evidenciar la necesidad de diferenciar aquéllos supuestos en que la lesión fuera imputable a las actuaciones de los servicios sanitarios, de aquellos otros en los que tal resultado se debe a la evolución natural de la enfermedad, o al curso normal de su detección, y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos. Es por ello que para evaluar los parámetros a los que han de ajustarse las actuaciones médicas haya que acudir, adicionalmente, a la denominada "*lex artis ad hoc*".

Al respecto, conviene recordar que, con carácter general, es reiterado el criterio doctrinal y jurisprudencial de que el hecho de que la responsabilidad de la Administración haya sido calificada de objetiva no quiere decir que este



instituto jurídico se transforme en una obligación universal de resarcimiento a cargo de la Administración Pública de todo perjuicio sufrido por los particulares por la utilización de un servicio público.

Pues bien, el criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para apreciar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el ya denominado de la *"Lex Artis"* o *"lex artis ad hoc"*, en relación con cada caso, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios sanitarios ha sido correcto.

La existencia de este criterio se basa, en definitiva, en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de la Lex Artis. Así el Tribunal Supremo, en su Sentencia de fecha 9 de marzo de 1998 utiliza el criterio de la Lex Artis y entiende que surge la responsabilidad *"cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario"*.

En definitiva, numerosas sentencias del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana, Sección Segunda Ca –por todas la nº 175/2018, de 11 de abril- señalan que conforme establece una reiterada jurisprudencia (por todas SSTs de 16/julio/2012, cas. 1383/2011, o 25/septiembre/2007, cas. 2052/2003), la viabilidad de la responsabilidad patrimonial de la Administración exige la antijuridicidad del resultado o lesión siempre que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. Y en el ámbito de la responsabilidad vinculada a la actuación médica o sanitaria, no resulta suficiente la existencia de una lesión – que llevaría la responsabilidad objetiva más 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 (SSTs 19/septiembre 2012, rec. 8/2010, o 17/julio/2012, rec. 6870/2010).

Por su parte, el artículo 88.6 de la Ley 39/2015 (LPAC-AP) establece que los informes o dictámenes servirán de motivación a la resolución cuando se incorporen al texto de la misma. Al efecto, para llevar a cabo la instrucción del expediente se solicitaron los informes que se han descrito en el apartado de los hechos, los cuales se incorporan a continuación, de forma parcial o total, según la significación de su contenido, todo ello a fin de motivar la decisión del asunto.



- **Informe de funcionamiento del jefe del Servicio de Urgencias del Hospital de la Plana de fecha 01/06/2022**, en el que se señala:

"Paciente que acude a Urgencias Hospital La Plana el día 9-5-2021 a las 18:46h. Refería que en el día anterior (8-5-2021) a las 12:02 era atendido por parálisis facial derecha y vértigo en el Centro de Salud de Oropesa Del Mar, siendo remitido a Hospital general de Castellón, siendo diagnosticado de parálisis facial e iniciando tratamiento para ello.

Posteriormente fue atendido el día 9-5-2021 a la 1:22h en C. Salud de Onda por dificultad para tragar la medicación pautaada, por lo que se le administró vía parenteral.

El mismo día 9-5-2021 vuelve a acudir a C. salud Onda a las 11:51 por el mismo motivo.

Acude al servicio de Urgencias de hospital La Plana el día 9-5-2021 a las 18:46h. En el apartado de la historia Clínica de enfermedad actual se detalla la hora del inicio del cuadro y el tipo de síntomas que presentaba el paciente junto a una exploración física en la que destacaba nistagmo bilateral (más intenso derecho) hipoestesia izquierda y parálisis facial derecha, asociando disfagia a sólidos y líquidos con sialorrea.

Al paciente se realizó:

- RX Tórax: Sin alteraciones
- Analítica de ingreso
- TAC craneal: Sin hallazgos reseñables, aconsejando realización de RNM programada para valoración más específica de tronco encefálico.

No se activó Código Ictus por cumplir criterios de exclusión del mismo: El tiempo de evolución de sus síntomas era superior a 24h; que es la máxima ventana terapéutica establecida por el Plan de atención al Ictus en la Comunitat Valenciana.

El paciente fue ingresado en neurología por sospecha de síndrome cruzado donde se realizaron los estudios necesarios para filiación definitiva del proceso".

- **Informe de funcionamiento de facultativo médico de atención primaria del CSI Onda, remitido en fecha 16/06/2022**, en el que se señala:

"En relación a la reclamación administrativa presentada por paciente adscrito a mi cupo, menciono que el primer contacto fue el día 30/06/2021 para emitir el tercer parte de confirmación del proceso de IT.



En aquel momento el paciente me ha contado lo ocurrido: el día 08/05/2021 acude al CS Oropesa y está remitido al Hospital General de Castellón donde está dado de alta con sospecha diagnóstica de parálisis facial.

Acude al día siguiente 09/05/2021 en dos ocasiones (01:22 y 11:51) en PAC Onda para la administración de medicación im (urbason 60 mg) al referir disfagia que le impedía tomarse la medicación vía oral.

Finalmente en el mismo día acude a urgencias del Hospital La Plana donde tras exploraciones complementarias y TAC craneal (informado como normal) se decide ingreso para control de la disfagia a sólidos y líquidos y continuar el estudio del SN cruzado con hemiparesia facial derecha e hipoestesia hemicuerpo izquierdo (adjunto informes de todas las consultas).

Desde entonces ha acudido a las citas derivadas del proceso de IT sin incidencias, mencionando insomnio de conciliación motivo por lo cual se inicia una prescripción de benzodiazepinas (diazepam 2,5mg) sin mejoría añadiendo 50 mg de trazodona con lo cual se controla parcialmente el insomnio y la ansiedad. Se ha derivado también a USM quienes han ajustado la medicación (adjunto hoja de evolución).

Con respeto al ictus ha seguido controles en neurología y tratamiento rehabilitador en clínica Neural de Castellón (se adjunta hoja de evolución de neurología)".

- **Informe de funcionamiento del jefe del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Castellón de fecha 06/07/2022**, en el que se señala:

"(...)

El paciente es atendido sin demora en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS), donde en la anamnesis consta un cuadro de mareos sin giro de objetos con mejoría de dichos síntomas espontáneamente, sin referir otra sintomatología. En la determinación de las constantes del paciente se objetiva como dato más llamativo una glucemia elevada; en la exploración general aparentemente todo es normal y en la exploración Neurológica se observa una desviación de la comisura labial con dificultad para el cierre ocular completo y para elevar las cejas que se traduce en la dificultad para arrugar la frente, compatible con una Parálisis Facial, sin encontrarse otra sintomatología neurológica central (debilidad en un hemicuerpo, alteraciones de la motilidad ocular, trastornos del habla o de la marcha, sin disimetrías ni diadococinesia ni alteración del equilibrio).

Dicho cuadro compatible con una Parálisis Facial con esa sintomatología, puede corresponder bien a una lesión del VII par craneal (del nervio periférico,



Parálisis Facial Periférica) o bien a una lesión del propio núcleo central del VII situado en la Bulbo Protuberancial (Parálisis Facial Nuclear).

Tal y como se adjunta en el Algoritmo de diagnóstico de la Parálisis Facial, tras comprobar que el paciente tiene dificultad para cerrar un ojo o arrugar la frente, se debe establecer el diagnóstico diferencial entre Parálisis Facial Periférica o Nuclear, para lo cual hay que ver si el paciente tiene además sintomatología neurológica central por lesión del Troncoencéfalo (paresia de un hemicuerpo, alteraciones oculomotoras, pérdida de sensibilidad hemifacial o hemicorporal, disfagia, disfonía, ataxia...). En caso de no presentarlas se debe pensar en una Parálisis Facial Periférica.

Dicha sintomatología neurológica central, al parecer el paciente no la presentaba en el momento de ser visitado en el Servicio de Urgencias del HGUCS, no constando en la historia, por lo que se etiquetó el cuadro de una Parálisis Facial Periférica y se le gestionó una cita para ser visitado por Otorrinolaringología el 11 de Mayo, que es el especialista que asume la Parálisis Facial Periférica.

Llama la atención, que cuando el paciente acude al día siguiente a Urgencias del Hospital La Plana, en la exploración neurológica no haya cambios especialmente llamativos con respecto al día anterior, sin pérdida de fuerza ni sensibilidad en algún hemicuerpo ni alteraciones de la marcha, manteniéndose la pérdida de arrugas en la frente y desviación de la comisura bucal y al parecer la disfagia era más acentuada, pero el TAC craneal era normal pasadas 24 horas del inicio de la sintomatología (y si se hubiera realizado en Urgencias del HGUCS, habría sido también normal).

Hay que pensar que en medicina, los cuadros clínicos no siempre aparecen de manera clara y florida desde su inicio, sino que el cuadro va evolucionando en horas-días hasta su instauración definitiva, y que en este caso podría tratarse de un Ictus en evolución que no se ha establecido hasta pasado unos días. De hecho ingresó en el Hospital La Plana por disfagia en Medicina Interna y no de entrada en Neurología, porque tampoco se consideraría un Ictus en ese momento".

- **Informe de funcionamiento del jefe de Zona Básica, Centro de Salud de Oropesa del Mar de fecha 05/07/2022**, en el que se señala:

"Que el día 08/05/2021 el paciente acude al CS Oropesa del Mar sobre las 12 del mediodía por mareo y dificultad al tragar. Según la exploración se diagnostica de parálisis facial, tensión arterial alta y leve edema glótico. Se le administra el tratamiento necesario y, ante la necesidad de pruebas complementarias, se remite al Hospital General de Castellón en ambulancia para ello y nueva valoración si procede.

Adjunto informe de asistencia de ese día".



- **Informe médico pericial de orientación, emitido por Dña. especialista en medicina interna en fecha 18/07/2022** en el que, tras referirse a las fuentes, resumen de la historia clínica y consideraciones médicas, se efectúa el siguiente análisis de la práctica médica y las siguientes conclusiones:

"V.- CONCLUSIONES GENERALES

Una vez analizada minuciosamente la documentación aportada podemos emitir las siguientes conclusiones:

- 1. Que D. de 41 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 e hipertensión arterial recién diagnosticada, acude el 8/05/2021 a las 12:02 horas al Centro de Salud de Oropesa del Mar por mareo y disfagia.*
- 2. Que en la exploración física presenta hipertensión arterial e hiperglucemia y asimetría de la comisura bucal derecha.*
- 3. Que no se realiza una exploración neurológica completa.*
- 4. Que se realiza un electrocardiograma (anodino) y se pauta tratamiento antivertiginoso.*
- 5. Que con el diagnóstico de parálisis facial, mareo/vértigo e hipertensión arterial se remite en ambulancia convencional a Urgencias hospitalarias.*
- 6. Que a su llegada a Urgencias del Hospital General de Castellón (12:57 horas), además del mareo sin giro de objetos y la disfagia, refiere hormigueo facial en hemicara derecha y pérdida de visión momentánea al inicio del cuadro.*
- 7. Que la exploración neurológica pone de manifiesto una parálisis facial periférica derecha con resto del examen normal.*
- 8. Que se solicita una analítica completa, electrocardiograma y radiografía de tórax que muestra una leucocitosis inespecífica con la hiperglucemia conocida.*
- 9. Que se pauta tratamiento que consigue controlar la tensión arterial y la glucemia, recibiendo el alta a las 18:30 horas con el diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática.*
- 10. Que se ante un paciente con parálisis facial periférica se debe distinguir entre parálisis facial nuclear o infranuclear valorando la posibilidad de lesiones troncoencefálicas.*
- 11. Que aunque en la exploración neurológica no presenta ninguna otra focalidad, llama la atención que debutara con un cuadro de mareo de características no vertiginosas y pérdida de visión momentánea.*
- 12. Que podría sugerir un accidente isquémico transitorio en un paciente con hipertensión arterial descompensada y diabetes mellitus.*
- 13. Que es frecuente que los pacientes con parálisis facial periférica refieran problemas con la deglución pero debería haberse investigado si presentaba una verdadera disfagia que sugiriera afectación central.*



14. Que la suma de todos esos factores: debut de la parálisis facial periférica con mareo, pérdida de visión y disfagia, aunque de entrada parece no ser suficiente para activar el Código Ictus, debería haber justificado al menos la valoración por Neurología y la realización de una prueba de neuroimagen urgente.
15. Que acude en 2 ocasiones (1:22 horas y 11:51 horas del 9/05/2021) al Centro de Salud Onda 1 por imposibilidad de ingesta del tratamiento pautado por disfagia, sin realizar de nuevo ninguna exploración física adicional al respecto.
16. Que A las 18:46 horas del 9/05/2021 acude a Urgencias del Hospital Universitario La Plana refiriendo además acorchamiento en hemicuerpo izquierdo.
17. Que la exploración realizada por el especialista en Neurología es sugestiva de Ictus agudo/subagudo vertebrobasilar.
18. Que ya no cumple criterios de Código Ictus por tiempo de evolución.
19. Que la RMN cerebral pone de manifiesto un pequeño infarto agudo en la base del pedúnculo cerebeloso derecho en la vertiente posterior del bulbo raquídeo.
20. Que durante el ingreso, el paciente permanece clínicamente estable presentando durante los primeros días una mejora en la movilidad facial y de la hemihipoestesia.
21. Que persiste la disfagia a todo tipo de alimentos que obliga a la colocación de sonda nasogástrica que se retira a finales de junio.
22. Que el 28/05/2021 se da el alta hospitalaria para continuar un programa de neurorrehabilitación externa (fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional)".

- **Informe técnico sanitario de la Inspección de servicios sanitarios emitido por el médico inspector de la Inspección de Servicios sanitarios, don de fecha 24/11/2022,** en el que establece un resumen de los hechos, actuaciones practicadas, juicio crítico y conclusiones conforme al siguiente tenor literal:

"Primera: Que el día 08/05/2021, a las 12:02, acude al Centro de Salud de Oropesa del Mar por presentar mareo, dificultad al tragar. Tras su estudio y valoración (hipertensión arterial e hiperglucemia y asimetría de la comisura bucal derecha), sin realizar una exploración neurológica completa, se remite al Hospital Universitario de Castellón para valoración.

Segunda: Que con posterioridad es trasladado en SVB al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Castellón, donde, además del mareo sin giro de objetos y la disfagia, el paciente refiere también hormigueo facial en hemicara derecha y pérdida de visión momentánea al inicio del cuadro. Continúa con tendencia a hipertensión arterial (por cifras tensionales cumple criterios de crisis hipertensiva) e hiperglucemia. Se realiza una exploración física completa que pone de manifiesto una parálisis facial periférica derecha.



Tercera: Que, aunque en la exploración neurológica que se realiza en Urgencias Hospitalarias no presenta ninguna otra focalidad, llama la atención que el paciente debutara con un cuadro de mareo de características no vertiginosas y pérdida de visión momentánea, que podría sugerir un AIT (accidente isquémico transitorio) en un paciente con hipertensión arterial descompensada y diabetes mellitus.

Cuarta: Que durante su estancia en Urgencias se pauta tratamiento que consigue controlar la tensión arterial y la glucemia, recibiendo el alta a las 18:30 horas con el diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática, tratamiento con corticoides y control en 72 horas en consultas de Otorrinolaringología.

Quinta: Que a pesar de que es frecuente que los pacientes con parálisis facial periférica refieran problemas con la deglución, por acumulación de restos de alimentos en el lado afecto, problemas de sensibilidad en la lengua, caída de los alimentos/líquidos (entre ellos la saliva) por las comisuras labiales y problemas de masticación; debería haberse investigado si el paciente presentaba una verdadera disfagia que sugiriera afectación central.

Sexta: Que, aunque la suma de todos esos factores: debut de la parálisis facial periférica con mareo, pérdida de visión y disfagia, de entrada, parece no ser suficiente para activar el Código Ictus, debería haber justificado al menos la valoración por Neurología y la realización de una prueba de neuroimagen urgente.

Séptima: Que una vez recibido el alta, el paciente acude en 2 ocasiones (1:22 horas y 11:51 horas del día 09/05/2021) al Centro de Salud Onda 1 por imposibilidad de ingesta del tratamiento pautado (Urbasón®) por disfagia, sin realizar de nuevo ninguna exploración física adicional al respecto.

Octava: Que a las 18:46 horas del día 09/05/2021 acude a Urgencias del Hospital Universitario La Plana refiriendo además acorchamiento en hemicuerpo izquierdo, donde la exploración realizada por el especialista en Neurología es sugestiva de Ictus agudo/subagudo vertebrobasilar, y ya no cumple criterios de Código Ictus por tiempo de evolución.

Novena: Que la RMN cerebral pone de manifiesto un pequeño infarto agudo en la base del pedúnculo cerebeloso derecho en la vertiente posterior del bulbo raquídeo.

Décima: Que, durante el ingreso, el paciente permanece clínicamente estable presentando durante los primeros días una mejora en la movilidad facial y de la hemihipoestesia, así como la disfagia a todo tipo de alimentos que obliga a la colocación de sonda nasogástrica que se retira a finales de junio.

Undécima: Que el 28/05/2021 se da el alta hospitalaria para continuar un programa de neurorrehabilitación externa (fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional).



Duodécima: Que la asistencia y tratamientos dispensados a Don en el Centro de Salud de Oropesa, en el Hospital General Universitario de Castellón y en el Centro de Salud de Onda, los días 08/05/2021 y 09/05/2021, no fueron correctos y adecuados.

Conclusión final: Por lo expuesto, se concluye que puede establecerse un mal funcionamiento de los servicios médicos de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.”

- **Informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal de fecha 14/02/2023**, en el que después de relatar el resumen de los hechos expuestos en la reclamación, así como las conclusiones del informe de la Inspección de Servicios Sanitarios, efectúa las siguientes consideraciones y valoración del daño corporal:

“Tal y como indica el inspector en su informe, el debut del cuadro con parálisis facial, mareo sin vértigo, pérdida de visión y disfagia debería haber llevado a realizar estudio de imagen para descartar al menos un ACV, ocasionándole al paciente una pérdida de oportunidad.

(...)

A la vista de la bibliografía en la que se indican déficits a pesar del tratamiento en el ictus posterior, apoyándonos en la revisión de la literatura del primer artículo (after acute stroke occurs in 2 to 38 percent of patients and is associated with poor outcomes), podemos considerar la pérdida de oportunidad del 62%.

A consecuencia de las actuaciones médicas realizadas a la paciente que motiva la reclamación patrimonial, se constatan las siguientes secuelas, y que fundamentan los motivos de la reclamación:

- *Paresia facial derecha*
- *Disfagia leve*
- *Hemihipoestesia izquierda*

La valoración de las secuelas citadas de acuerdo a la TABLA 2.A.1 (Baremo médico) del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, recogido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación:

- *Hemiparesia código 01009 Leve (Balance muscular Oxford 4) 5-2015 puntos*
- *Paresia facial derecha código 01056 *Paresia 5-115 puntos*



- *Disfagia código 06001 Trastornos de la función motora 15-20*
.....15 puntos

Total puntos ponderados: 27 puntos

- *PERJUICIO ESTÉTICO SECUELAS*

11002: perjuicio moderado (7 a 13 p)7 puntos

Para la ponderación del valor del punto, de acuerdo a la TABLA 2.A.2 ("Baremo económico") se hace constar que la edad del/ la paciente cuando se produjeron los hechos era de 57 años (FN 28/07/1963)

Lesiones temporales (Tabla 3):

En relación con la TABLA 3 (Indemnizaciones por lesiones temporales), se hace constar que

Perjuicio personal básico (Tabla 3.A): NO PROCEDE

Perjuicio personal particular (Tabla 3.B)

- *Por pérdida temporal de calidad de vida muy grave: Los días de ingreso en UCI NO PROCEDE*
- *Por pérdida temporal de calidad de vida grave: Los días de hospitalización del 9/05/2021 al 28/05/2021: 19 días, menos los días de hospitalización habitual por ictus 11 días= 8 días*
- *Por pérdida temporal de calidad de vida moderado: Fecha establecimiento secuelas 15/05/2022, por tanto, el periodo a contabilizar debería ser del 9/05/2021 al 15/05/2022: 371 días, menos los días de IT por ictus (I63.30) 120 Días= 251 días".*

Séptimo.- Conclusiones

En el presente caso, la parte reclamante funda su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento del servicio público sanitario, recabando ser indemnizada por inadecuada asistencia sanitaria en un sanitario dependiente de la Conselleria de Sanidad al haberse producido, conforme refiere el reclamante un retraso diagnóstico.

Al respecto, tal como se ha expuesto en el fundamento precedente relativo al análisis de la reclamación, lo relevante para que proceda la declaración de responsabilidad patrimonial es que el resultado o lesión infringida al particular se considere antijurídico, juicio de valor éste que en lo relativo a la asistencia sanitaria resultará esencialmente si se pone de manifiesto que en el tratamiento del caso se produjo una infracción de la lex artis, por lo que resultará necesario que quede acreditada dicha eventualidad.



Es decir, que en los supuestos en que se reclama frente a actuaciones sanitarias, el examen de estas para conocer si se llevaron a cabo o no de modo correcto ha de efectuarse bajo el parámetro de la *lex artis ad hoc*, y para ello, dado el componente técnico que comporta tal extremo, ha de acudir a las manifestaciones contenidas en los informes médicos, singularmente de aquellos emitidos por facultativos que no han intervenido en la asistencia sanitaria prestada.

Dicho criterio de la *lex artis*, hemos de recordar, está constituido por el conjunto de reglas técnicas establecidas por la comunidad científica que deben observarse por los profesionales en su ejercicio, teniendo en cuenta las condiciones y circunstancias concurrentes en cada supuesto, todo lo cual implica atender al caso concreto en que se produce la actuación o intervención médica, las circunstancias en que ésta se desarrolla, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional y las especiales características del acto médico, de la profesión, de la complejidad de las patologías tratadas, entre otros, para calificar dicho acto médico como acorde o no con dicho criterio profesional de corrección.

Pues bien, dada la indudable vertiente técnica de la *lex artis ad hoc*, la apreciación de su infracción requiere acudir a las manifestaciones contenidas en los informes médicos, singularmente de aquellos emitidos por facultativos que no han intervenido en la asistencia sanitaria prestada, todos ellos incorporados en el precedente apartado del análisis de la reclamación como fundamento resolutivo a tenor de lo previsto en el art. 88.6 de la Ley 39/2015, si bien cobrando especial relevancia los informes de la Inspección de Servicios Sanitarios y la Comisión de Valoración del Daño Corporal de la Conselleria de Sanidad, por las funciones que le encomienda la Administración precisamente para evaluar que la asistencia sanitaria se preste según los estándares de calidad y exigencia previstos en los protocolos médicos y en el sistema nacional de salud, motivo por el cual dichos informes constituyen en expedientes como el presente una clara referencia para apreciar o no la existencia de una mala praxis médica.

En el anterior sentido, de los informes traídos al expediente, se desprenden las aseveraciones y conclusiones, que constan en el fundamento precedente y que se dan por reproducidas.

En definitiva, en el supuesto que nos ocupa ha de concluirse que existe relación de causalidad, si bien llegados a este punto procede todavía abordar importantes extremos relativos al quantum de la posible indemnización a satisfacer.

Octavo.- Determinación del quantum indemnizatorio.

El art. 34.1 de la Ley 40/2015, (LRJSP) establece que *“Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán*



indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Y a su vez, el apdo. 2 subsiguiente señala que *“La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social”.*

En cuanto a la valoración de daños, la asunción en el marco de la responsabilidad patrimonial, de baremos establecidos para otros ámbitos distintos ha recibido un trato dispar por parte de la doctrina jurisprudencial, dando lugar en épocas precedentes a dos líneas jurisprudenciales, una de ellas en la que se negaba su aplicación, por entender que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración está instaurado en una Ley general, por lo que no cabe seguir otros sistemas especiales reguladores de reparaciones específicamente establecidas para conceptos muy concretos y distintos -STS de 18 de febrero de 1980, entre otras-; y otra en la que, apelando a las dificultades para evaluar cuantitativamente y con exactitud daños personales, y en concreto corporales, parecía adecuado acudir a módulos valorativos convencionales utilizados por las jurisdicciones civil, penal y laboral –por todas la STS de 16 de diciembre de 1994-.

Ahora bien, en cuanto a la posibilidad de acudir a otros baremos no previstos para la responsabilidad patrimonial, la jurisprudencia ha evolucionado señalando, de modo reiterado en numerosas sentencias, que tal sistema ha de aplicarse con carácter de mera referencia, para introducir un criterio de objetividad que sea razonable, ya que la utilización de dicho baremo es de carácter orientativo y no vinculante. Así, la STS, Sala 3ª, Secc. 4ª, de 6 de noviembre de 2012 (rec 2354/2011), reitera que uno de los pronunciamientos que dicho Tribunal efectúa, en materia de responsabilidad patrimonial es el de que *“el sistema de valoración de los daños corporales en el ámbito de los accidentes de circulación, que sigue la demanda, tiene un valor simplemente orientador, no vinculante para los Tribunales de este orden jurisdiccional a la hora de calcular la indemnización debida por título de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, (entre otras, sentencia de 23 de diciembre de 2.009, recurso de casación 1364/2008)”.*

Dicho criterio tiene reflejo a su vez en un creciente número de sentencias en la instancia contenciosa administrativa, como son las Sentencias de la Secc. 2ª del TSJ-CV núms. 753 y 846/2012, de 13 y de 28 de septiembre, respectivamente (rec. 632 y 742/2009), en las que se dice 1) *que no cabe acudir con automatismo*



a extraer las cifras recogidas en un baremo indemnizatorio aprobado anualmente por la Administración, y referido a las cantidades a satisfacer por parte de las Compañías aseguradoras de responsabilidades civiles dimanantes de la circulación de vehículos de motor, vinculado directamente a las primas a satisfacer por parte de los asegurados; la jurisprudencia ha establecido con reiteración que sólo cabe acudir a tales baremos con un carácter meramente orientativo, pero nunca vinculante. 2) que para cuantificar el daño moral derivado del fallecimiento de la progenitora, no puede acudirse a cifras estandarizadas o preestablecidas, sino que deben valorarse factores como el estado previo de salud de la paciente, la convivencia o no de los reclamantes con la misma, la intensidad de la relación afectiva mantenida, etc....

Prosiguiendo recientemente en similares términos el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana en sus Sentencias, de la Secc. 2ª núm. 493/17, de 6/11, (rec. 167/15), 494/16 de 05/10 (rec. 307/2015) o la núm. 543/16, 16/11 (rec. 367/13), entre otras, en las que se alude a análoga jurisprudencia del Tribunal Supremo, que reitera dicha doctrina, así mismo entre otras, en su Sentencia de 27/11/12, (rec. 4981/11), o las más recientes sentencias del referido TSJ_CV, Secc. 2ª, núm. 503/2017, de 2/11, (rec. 179/15) y 649/19, 24 de julio (rec. 72/17), en las que igualmente se cita dicha jurisprudencia del Alto Tribunal en la que se dice que el sistema de valoración de los daños corporales en el ámbito de los accidentes de circulación tiene un valor simplemente orientador no vinculante en el ámbito sanitario.

Además, las referidas Sentencias, en los términos de reiterada jurisprudencia, proceden a relacionar los parámetros indemnizatorios a declarar, y en concreto, en cuanto a la doctrina de la pérdida de oportunidad, cabe decir, que tras venir siendo aplicada por nuestros Tribunales de Justicia y, entre ellos significadamente por el Tribunal Supremo, tal doctrina determina una modulación, en su caso una reducción notable, del quantum indemnizatorio, ya que el cálculo debe efectuarse sobre el hipotético porcentaje que supondría el daño ocasionado al paciente.

Así, el mismo Ponente de numerosas sentencias de la Sección 4ª de la Audiencia Nacional, señala que *“es necesario que este criterio de la indemnización de la pérdida de oportunidades se utilice con especial prudencia pues, de no hacerlo así, se podría producir la indemnización de supuestos absolutamente improcedentes; en cualquier caso utilizado este criterio con la referida prudencia puede servir para atender a algunos supuestos en que el daño efectivo es difícil de apreciar”*.

Por otro lado, en determinados casos, por equiparación con el derecho comparado de nuestro entorno, la doctrina de la pérdida de oportunidad se ha aplicado, no solo para determinar el quantum indemnizatorio, sino también en el ámbito de la relación de causalidad, con la denominada -en el derecho comparado- *“doctrina de la probabilidad suficiente o probabilidad estadística”*, en virtud de la cual se plantea qué porcentaje de pérdida de oportunidad debe



producirse para admitir la existencia de causalidad, ya que si el porcentaje de pérdida es mínimo no procederá declarar la responsabilidad por no concurrir el nexo causal, de modo que, por ejemplo, dichos Tribunales de nuestro entorno han recogido que un porcentaje bajo de pérdida de oportunidad (inferior al 30%) no permite afirmar que exista relación causal suficiente y, en consecuencia, responsabilidad sanitaria.

Como consecuencia de lo anterior entiende esta Conselleria que si bien es posible acudir a un baremo específico, dicha remisión ha de efectuarse con carácter orientativo, esto es como un parámetro de mera referencia, y sin que su consideración conlleve el automatismo del establecimiento de sus cuantías, o de los conceptos que en el mismo se contemplan, debido a que éstos hayan de modularse en relación con el caso analizado, teniendo en cuenta la concurrencia causal de circunstancias que no son imputables a la actuación sanitaria y por tanto a la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Es en tales términos como se efectúa la toma en consideración el R.D. 8/2004, de 29 de octubre, con la modificación operada por la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, en el que se fija el sistema y cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal causados a las personas en accidentes de circulación, y las resoluciones de actualización de dicho baremo, debiéndose significar como la norma específica de dicho ámbito también incorpora la referencia a la existencia de circunstancias modificativas como elementos correctores de atenuación, teniendo en cuenta la concurrencia de circunstancias preexistentes en los perjudicados que han concurrido al resultado final y que no son imputables a la actividad considerada.

A su vez, para la fijación del importe de la indemnización, ha de acudirse al informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal (CVDC) de la Conselleria de Sanidad, resultando oportuno en este punto aclarar que dicha CVDC se halla regulada en la Orden 6/2020, de 26 de octubre, en la que se aprueba su Reglamento de Organización y Funcionamiento (DOGV 8940 de 30.10.2020), que la configura precisamente como un órgano colegiado que se reúne con periodicidad mensual y que está compuesto por un elenco de médicos inspectores -actuando con un mínimo de 5 vocales (de un total de 9) además de su presidencia y su secretaría- cuya función es, entre otras, valorar e informar el daño corporal en los expedientes de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Generalitat en los que se realice propuesta de existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida.

Si bien respecto de dicha valoración del daño la función de la Comisión se extiende, como no puede ser de otra manera y cuando ello resulta oportuno, a la particularización del caso objeto de valoración, naturalmente bajo el prisma de *la lex artis* y la correlativa acotación de aquél imputable meramente a las actuaciones sanitarias, y cuya observancia resulta obligada dada su máxima cualificación en la materia, como miembros a la propia Inspección de Servicios



Sanitarios con probada experiencia en el análisis de la responsabilidad sanitaria y que actúan con la garantía y objetividad propia de un órgano colegiado.

Por lo demás, el valor de lo informado por dicha CVDC atendiendo a la especialización de sus componentes también viene corroborado por el Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana en los Dictámenes 211/19, de 24 de abril, 165/19, de 6 de marzo y 554/19, de 25 de septiembre.

Al respecto, la CVDC destaca la valoración de las secuelas de acuerdo al Baremo y tablas del anexo de los sistemas para la valoración de secuelas citadas de acuerdo al baremo y tablas del anexo de los sistemas para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, introducidos por la ley 30/1995, de 8 de noviembre, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los seguros privados, es la siguiente, de acuerdo a la tabla VI (según la modificación de la misma introducida por el real decreto legislativo 8/2004 de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

En el presente caso, para fijar la indemnización por el perjuicio sufrido, se estima pertinente y de forma orientativa tomar como referencia el baremo establecido en el Anexo del citado R.D. 8/2004, de acuerdo con las cuantías indemnizatorias actualizadas para el año 2023, por Resolución de 12 de enero de 2023 (BOE de 20 de enero), de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En el informe de la CVDC, tal y como se ha señalado en el fundamento precedente, se valora el daño ocasionado, procediéndose a la valoración económica del siguiente modo y cuantías:

➤ PUNTOS POR SECUELAS: (TABLA 2.A.2 BAREMO ECONÓMICO)

- Secuela: hemiparesia
Tipificación: 01009
Valoración: 15 puntos
- Secuela: Paresia facial derecha
Tipificación: 01056
Valoración: 5 puntos
- Secuela: Disfagia
Tipificación: 06001
Valoración: 15 puntos

El total de la puntuación ponderada es de 27 puntos.



- Secuela: perjuicio moderado
Tipificación: 11002
Valoración: 7 puntos

Edad de la paciente en el momento de los hechos: 57 años (FN 28/07/1963)
Pérdida oportunidad: 62%

La indemnización de base correspondiente a las secuelas por hemiparesia, paresia facial y disfagia, atendiendo a la edad del paciente (57 años) y a la puntuación ponderada por secuelas (27 puntos) es de 42.231,97€. Aplicando la pérdida de oportunidad del 62%, resulta una indemnización de 26.183,82€.

Por su parte, la indemnización de base correspondiente a la secuela de perjuicio estético moderado, atendiendo a la edad del paciente (57 años) y a los puntos por secuelas (7 puntos) es de 6.661,74€. Aplicando la pérdida de oportunidad del 62%, resulta una indemnización de 4.130,27€.

➤ LESIONES TEMPORALES (TABLA 3.)

- Perjuicio personal particular grave (Tabla 3.B): 8 días
8 x 89,27 €/día = 714,16€
- Perjuicio personal particular moderado (Tabla 3.B): 251 días
251 x 61,89 €/día = 15.534,39€

La indemnización correspondiente a lesiones temporales es de 16.248,55€

IMPORTE TOTAL DE LA INDEMNIZACIÓN: 26.183,82€ + 4.130,27€ + 16.248,55€ = 46.562,64€ (CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS EUROS CON SESENTA Y CUATRO CÉNTIMOS)

En el presente caso, y reiterando el carácter orientativo y no vinculante de los baremos existentes, se estima que la indemnización propuesta, compensa adecuadamente el daño causado, de una forma global equitativa y proporcionada, que es el objetivo que se persigue con la obligación de reparación del daño causado.

Por todo lo expuesto, y conforme con el Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana

RESUELVO

1º.- Estimar en parte la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. a quien se le reconoce una



indemnización de CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS EUROS CON SESENTA Y CUATRO CÉNTIMOS (46.562,64€)

2º.- La cuantía de la indemnización reconocida, se halla actualizada a la fecha de la presente resolución finalizadora del procedimiento administrativo de responsabilidad, por todos los conceptos y ajustada a las circunstancias objetivas y subjetivas del caso.

3º.- El importe de la indemnización declarada, resulta imputable al Departamento de Salud de Castellón.

Notifíquese la presente resolución al interesado, advirtiéndole que contra la misma puede interponerse recurso potestativo de reposición en el plazo de un mes ante la persona titular de la Subsecretaría de la Conselleria de Sanidad -en cuyo caso, transcurrido un mes sin dictar resolución se entenderá desestimada por silencio administrativo y expedita la vía contencioso-administrativa en el plazo de 6 meses subsiguientes- o interponer directamente recurso contencioso-administrativo en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente Resolución, bien ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana bien ante el Juzgado de lo Contencioso-administrativo, según corresponda por razón de la cuantía (arts. 2.e), 8.2 c), 10 y 46 de la ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa y arts. 114, 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).

València,
EL SUBSECRETARIO

Por delegación del titular de la entonces denominada Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, según Resolución de 21/12/2021 (DOGV 9245).