

PROCEDIMIENTO ORDINARIO [ORD] - 000457/2018
N.I.G.: 46250-33-3-2018-0003829

SENTENCIA Nº

**TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA
SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO
SECCIÓN 2**

Ilmos. Sres:

D/D^a Presidente

D/D^a Magistrados
D/D^a
D/

En VALENCIA a ocho de febrero de dos mil veintiuno.

Visto por la Sección 2 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, el recurso contencioso administrativo número 457/2018, promovido por el Procurador en nombre y representación de contra la desestimación presunta de la reclamación planteada ante la Consellería de Sanitat sobre responsabilidad patrimonial sanitaria, expediente R.P. 73/13, habiendo sido parte en autos la actora, y la Administración demandada Generalitat Valenciana, que ha comparecido a través del Abogado de su Abogacía General.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el recurso y seguidos los trámites por la Ley, se emplazó a los demandantes para que formalizaran la demanda, lo que verificaron mediante escrito en que suplica se dicte sentencia declarando no ajustada a Derecho la resolución recurrida.

SEGUNDO.- La representación de la parte demandada formuló contestación a la demanda mediante escrito en el que suplica se dicte sentencia por la que se confirme la resolución recurrida.

TERCERO.- Se solicitó el recibimiento del proceso a prueba, practicándose la admitida, se efectuaron conclusiones, quedando los autos pendientes para votación y fallo.

CUARTO.- Se señala la votación para el día 2 de febrero del presente año, teniendo así lugar.

QUINTO.- En la tramitación del presente proceso se han observado las prescripciones legales.

Siendo Ponente la Magistrada Ilma. Sra.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO. – Constituye el objeto del presente recurso contencioso administrativo la desestimación presunta de la reclamación planteada ante la Consellería de Sanitat sobre responsabilidad patrimonial sanitaria, expediente R.P. 73/13.

La recurrente funda su pretensión en que las secuelas que presenta como consecuencia del ictus sufrido el 20/octubre/2015, se pudieron evitar si se le hubiera prestado una asistencia sanitaria correcta desde un año antes, en que empezó a presentar los primeros síntomas de esta patología.

Solicita una indemnización de 706.541,42 euros, más los intereses legales desde la reclamación administrativa.

SEGUNDO. - Conforme establece una reiterada jurisprudencia (SSTS de 16/julio/2.012, cas. 1383/2011, o 25/septiembre/2007, cas. 2052/2003, por todas) 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).

Así, en SSTS de 10/julio/2012 (cas. 4073/2010), 24/mayo/2011 (cas. 2192/2010), 25/febrero/2009 (cas. 9484/2004), 20/junio y 11/julio/2007, y frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, se recuerda el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, más en ningún caso garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; pero de ello en modo alguno puede deducirse la existencia de una responsabilidad de toda actuación médica, siempre que ésta se haya acomodado a la **lex artis**, y de la que resultaría la obligación de la Administración de obtener un resultado curativo, ya que

En consecuencia, concluyen dichas sentencias, es la antijuridicidad del resultado o lesión –consecuencia de una infracción de la *lex artis*- lo relevante para la declaración de responsabilidad patrimonial imputable a la Administración por lo que resulta necesaria la acreditación de su acaecimiento.

CUARTO. - Por tanto, en procedimientos de esta naturaleza –Infracción de la Lex-Artis- la respuesta de la Sala a las pretensiones de los actores, lleva aparejado el estudio y valoración de los informes médicos, tanto de los obrantes en el expediente, como de los acompañados por las partes junto con sus escritos de demanda o contestación, o de los practicados en sede judicial. Debiendo recordar que el valor de la prueba pericial reside en la capacidad de los razonamientos y datos técnicos aportados por el Perito para convencer al Tribunal en los términos del art. 348 de LEC.

3

"Nos encontramos ante una mujer joven que sufre en octubre del 2014 un cuadro de pérdida de fuerza con caída, recuperándose a los pocos minutos. Tenía antecedentes de cuadro de ansiedad y de enfermedades psicosomáticas. Aun cuando los síntomas remitieron, antes de interpretar cualquier cuadro de estas características como psiquiátrico se debía haber remitido a neurología para estudio. En agosto de 2015 en la atención en urgencias, aun cuando la exploración fuera normal debió haberse remitido a urgencias para estudio. En la atención de urgencias del 19 en el hospital de Alicante la valoración fue correcta. Los datos encontrados de isquemia crónica y subaguda motivaron su ingreso. No cumplía criterios para recibir tratamiento fibrinolítico."

Y dicho informe establece como conclusión final:

"Por tanto:

1. No es correcta la interpretación como patología psiquiátrica de eventos intermitentes de focalidad neurológica sin haber demostrada ausencia de organicidad, lo que ocurrió desde el 2014 hasta el 2015.

2. La atención recibida el 19 de octubre en urgencias es correcta.

3. El tratamiento fibrinolítico no estaba indicada en el momento del ingreso.

4. Tampoco cuando por la mañana se apreció un deterioro claro, al no conocer la duración exacta del cuadro y existir lesiones subagudas previas

Conclusión: La atención recibida por antes del ingreso de octubre del 2015 no fue correcta, al no descartarse organicidad e interpretar los déficits focales como psiquiátricos."

Conclusión final del informe de la inspección médica. (folios 246-259)

"Habría que tener en consideración que, en función del área cerebral afectada, los síntomas de un ataque cerebrovascular son muy variados: pudiendo ser síntomas puramente sensoriales o puramente motores o una combinación de ambos (sensitivo motores) y que podrían pasar inadvertidos numerosos cuadros de baja intensidad y duración debido a lo anodino de la sintomatología: parestesias, debilidad de un grupo muscular (que se recupera espontáneamente), episodios amnésicos breves, pequeña desorientación, aturdimiento, ansiedad, mareo, nistagmo, vértigo... Son estos síntomas menores los más frecuentes y tienen una gran importancia porque dan un aviso prematuro acerca de la patología subyacentes.

En el caso que nos ocupa, según los síntomas manifestados por la paciente, teniendo en cuenta su edad y los antecedentes clínicos quizás hubiera estado justificado comenzar con el estudio neurológico un año antes, probablemente desde que refirió la caída en la bañera (octubre 2014). Al igual que, el día 05/10/2015, cuando acude a urgencias extrahospitalarias, presentado confusión, desorientación, bradipsiquia, disartria y ansiedad, en que fue diagnosticada de "Disartria secundaria a ansiedad", aunque hubiera sido deseable sospechar/descartar un posible ictus. Todo ello, probablemente condicionó las

posibilidades de actuación, cuando sucedió el siguiente Ictus, durante el ingreso en el . (19-20 de octubre de 2015).

Conclusiones del informe la Comisión de Valoración del Daño Corporal (folios 262 -268).

"De la revisión de los informes que constan en el expediente se desprende

1- Se trata de una mujer joven de 44 años en fecha de los hechos, en seguimiento por cuadro de ansiedad en relación a problemática laboral, que acude a un servicio de atención continuada de tras un evento de pérdida de fuerza en MMII con recuperación espontánea, es diagnosticado como crisis de ansiedad el 1/11/2014. Seguía tratamiento con benzodiacepinas a demanda.

Esta actuación en su contexto, podemos considerarla adecuada. una pérdida de fuerza en ambas extremidades inferiores no es sugestiva de focalidad neurológica. Caso contrario hubiera sido la descripción de lateralidad.

En este punto se contradice los argumentos de los informes de S. de Inspección y pericial, tenemos que considerar que aun en el caso de que se hubiera remitido a la paciente, para valoración neurológica, probablemente, no se hubiera podido prevenir la aparición de los eventos isquémicos posteriores. dado que la etilogía de los infartos isquémicos al final del estudio, no se ha podido corroborar con las pruebas realizadas a la paciente. Solo constan los factores predisponentes de la paciente como posibles responsables: fumadora, dislipemia y consumidora ocasional de cocaína.

Consta un periodo de IT desde 3/11/14 al 21/12/14 por diagnóstico de Ansiedad y con seguimiento por psiquiatra.

2. En los meses sucesivos, consulta en varias ocasiones, y en distintos centros de salud, pero la descripción de la sintomatología es acorde con un cuadro de ansiedad y no se definen episodios de focalidad neurológica. La paciente en este periodo admite seguir tratamiento de psicoterapia privada.

3. El 5/1 0/15 acude a Urgencias extra-hospitalarias, por dificultad para articular palabras y se le diagnostica de posible disartria secundaria a ansiedad remitiéndola a valoración al de Alicante, pero no hay constancia de que este hecho se produjera.

En la valoración y análisis de los registros y contactos que constan en Abucasis podemos afirmar que no es hasta el 5/1 0/1 5 un año después cuando consta una descripción de déficit neurológico disartria en su asistencia se remite para valoración a un centro hospitalario, pero este hecho no se produce.

Pero aun en este caso de disartria aislada no es indicativa de un AIT

Criterios de AIT La de presentación clínica conjunta de dos o más de los siguientes síntomas: vértigo, ataxia; diplopia; disartria y disfagia (la presentación aislada de uno de estos síntomas no suele considerarse un AIT.).

4. El 19/1 0/15 acude a instancia propia a urgencias del de Alicante y la descripción de los episodios de focalidad neurológica, es mucho más precisa y definida decidiendo su ingreso para estudio y tratamiento.

Durante su ingreso hospitalario la asistencia se considera correcta, aunque la complicación de sufrir un nuevo evento de isquemia cerebral aguda no es achacable a ninguna negligencia, el evento era impredecible, dado que la paciente se encontraba estable y no estuvo acompañada durante la noche de su ingreso, ni se solicitó ningún aviso para su asistencia en planta.

Conclusión: Por todo lo expuesto, esta Comisión concluye que NO puede establecerse una relación causal por malfuncionamiento de los Servicios Médicos de la Conselleria de Sanidad respecto a la reclamación formulada."

Las conclusiones finales del informe pericial de parte, ratificado en sede judicial, señalan que la atención medica dispensada a la recurrente tanto en el Centro de atención continuada de la de Alicante y en el Hospital infringieron la lex atis.

QUINTO. – La administración apoya la desestimación presunta de la reclamación administrativa y se opone a la presente demanda con base al informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal. Las funciones de la Comisión de Valoración del Daño Corporal (CVDC), según el art. 7 de la Orden 2/14, de 3 de febrero de la Conselleria de Sanidad son:

“– Valorar e informar el daño corporal cuando, tras la instrucción de un expediente de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Generalitat Valenciana, se realice propuesta de existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida.

– Valorar e informar el daño corporal a petición del Consell Jurídic Consultiu, bien motu proprio, o bien cuando tras una propuesta denegatoria efectuada por el órgano competente del departamento u organismo de la Generalitat, el Consell Jurídic Consultiu estimase que pudiera ser favorable.

– Valorar e informar a petición de la Abogacía General de la Generalitat, si no se hubiera emitido informe con anterioridad y se formulase un recurso contencioso-administrativo.

– Valorar, informar y/o emitir, a petición del órgano directivo de quien dependa el Servicio de Inspección, dictamen médico solicitado por otros órganos de la Generalitat Valenciana, en materias distintas de la responsabilidad patrimonial, cuya importancia aconseje el estudio por la CVDC.

– Valorar e informar sobre las actividades de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de la Consellería de Sanidad.

– Cualesquiera otras que resulten de la normativa vigente o que por razón de la materia se le soliciten por orden superior."

Este tribunal, a la vista de las funciones que tiene atribuidas la CVDC, y sin desmerecer su crédito dada la cualificación profesional de sus componentes, en este caso, considera más ajustado a la historia clínica de la recurrente la conclusión alcanzada por la inspección médica, órgano por otra parte que sí que tiene atribuida la función específica de informar sobre la existencia o no de infracción

de la lex artis en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial sanitaria. Lo explicamos a continuación.

SEXTO. - Para la Comisión de valoración los síntomas que presentaba la **recurrente desde el 1/noviembre/14 eran acordes con un cuadro de ansiedad**, y que no fue hasta el 5/octubre/2015 cuando consta descripción de déficit neurológico, y se remite a la paciente para su valoración a un centro hospitalario pero este hecho no se produce.

Frente a ello el inspector medico recoge en su informe , conforme a la descripción de hechos que realiza siguiendo la historia clínica de la paciente, que se trata de:" mujer de 44 años, con antecedentes de: episodio de pérdida de fuerza en MMII, a los 12 años (etiquetado de etiología psicosomática); Fumadora (1 paquete/día); consumidora ocasional de cocaína; Migrañas, Lumbalgia con protusión discal L5-S1; trastorno de adaptación, con ansiedad y humor depresivo desde 2007, reagudizado desde 2013.

En octubre de 2014 sufre episodio de pérdida de fuerza en extremidades derechas con caída al suelo (bañera) y recuperación espontanea a los pocos minutos, que fue etiquetado de crisis de ansiedad el día 01/11/2014 cuando acudió a Medico de atención continuada, dada la persistencia de problemas laborales (despido en agosto/2014) según manifiesta la propia paciente y su médico de cabecera. Paralelamente, estaba siguiendo terapia psicológica privada. **Probablemente, en este caso, además del enfoque psiquiátrico que se realizó, debería haberse planteado un estudio neurológico más completo para descartar, entre otros, un proceso isquémico en territorio de carótida izquierda. Algo que no se hizo.**

Desde entonces hasta octubre de 2015, sufre unos 4-5 episodios de pérdida de fuerza de hemicuerpo derecho de unos minutos de duración asocia a mareo y, durante ese tiempo, tampoco fue remitida a estudio neurológico. Ahora bien, en uno de estos episodios, el 05/10/2015, acude de nuevo al Médico de atención continuada (Urgencias Extrahospitalarias),refiriendo un empeoramiento en las dos últimas semanas, describiendo la situación como episodios confusionales de unos 15-20 mm. en los que refiere síntomas de pérdida de memoria e imposibilidad para encontrar las palabras (descripción compatible con afasia) aunque en ese momento no se acompaña de pérdida de fuerza, refiriendo también parestesias ocasionales en la mano derecha de unos 15-20 mm. de duración y otros episodios de perdida de campo visual derecho de similar duración a los anteriores y no superpuestos a ellos. Además de estos síntomas fluctuantes, tiene un cambio constante en cuanto a lenguaje, atención/memoria, escritura También se encuentra algo bradipsiquía, aunque con respuestas coherentes, y con algún error con la orientación en tiempo y espacio. Adicionalmente, se asocia Cefalea de características migrañosas (de años de evolución), que mejora con y no le impiden dormir ni conciliar el sueño. Como posible diagnostico se contempla una Disartria secundaria a Ansiedad y, según consta en la copia del informe, se remite a Urgencias de para valoración. Aunque, al parecer, la paciente no acude".

Es decir, desde noviembre de 2014 hasta octubre de 2005 la recurrente sufrió 4 o 5 episodios de pérdida de fuerza de hemicuerpo derecho de unos minutos de duración que se asocia a mareo, y con esta sintomatología el informe de el del inspector médico y el perito de la actora, coinciden en que se debió llevar a cabo un estudio neurológico. Frente a ello no puede prevalecer lo informado por la CVDC que refiere solo un episodio de pérdida de fuerza en noviembre de 2014, cuando como se puede comprobar en la historia clínica y recogen el resto de los informes

analizados entre noviembre de 2014 y octubre 2015 sufrió 4 o 5 episodios de pérdida de fuerza de hemicuerpo derecho de unos minutos de duración con mareo.

La CVDC, afirma que: "aun en el caso de que se hubiera remitido a la paciente, para valoración neurológica, probablemente, no se hubiera podido prevenir la aparición de los eventos isquémicos posteriores dado que la etiología de los infartos isquémicos al final del estudio, no se ha podido corroborar con las pruebas realizadas a la paciente. Solo constan los factores predisponentes de la paciente como posibles responsables: fumadora, dislipemia y consumidora ocasional de cocaína."

Pues bien, esta afirmación no es absoluta, y admitiendo que la etiología no se ha podido corroborar, si se hubiera llevado a cabo el estudio neurológico quizá se hubiera podido detectar el **proceso isquémico que sufría la paciente en territorio de carótida izquierda y adoptar las medidas convenientes para frenar su desarrollo.**

Al folio 10 del expediente figura el informe de la consulta del día 5/octubre/2015, donde como ya hemos visto se diagnostica de posible disartria secundaria a ansiedad, y consta que se remite a urgencias del para valoración. No consta que la paciente acudiera en dicha fecha a las urgencias hospitalarias.

Valorando las circunstancias, consideramos que la atención médica dispensada a la recurrente a la vista de sus antecedentes y sintomatología entre noviembre de 2014 y 5/octubre/2015, no se ajustó al lex artis al no remitirla al servicio de neurología para descartar o confirmar si existía organicidad en los síntomas que presentaba.

El perito de la parte nos dice que el pronóstico de la paciente de haber actuado de forma temprana habría sido excelente, tanto a lo largo del año 2014 y 2015, como en el caso del ictus del 20 de octubre de 2015. Las posibilidades de curación de un ictus y las posibilidades de vencer las secuelas mejoran con la premura diagnóstica y terapéutica. Ahora bien, en el caso de que se hubiera llevado a cabo el estudio neurológico y se hubiera detectado la afectación que sufría e instaurado el tratamiento posible, ello no supone que con toda probabilidad se hubiera podido evitar un ictus de las características que sufrió, pues aun cuando una atención temprana permita mejorar el pronóstico no supone en casos como el que nos ocupa que desaparezca la posibilidad de una evolución tórpida. De acuerdo con ello- que se hubiera podido diagnosticar e instaurar tratamiento entiende la Sala que la actora sufrió un 50% de pérdida de oportunidad lo que se tendrá en cuenta a la hora de fijar la indemnización que corresponda.

SEPTIMO. - Analizamos a continuación la asistencia médica que recibió la actora la noche del 19 al 20 /octubre de 2015 en el

La recurrente con amparo en su informe pericial sostiene que se debería haber activado un código ictus la noche del 19 al 20 de octubre y haber iniciado medidas diagnósticas (pruebas de neuroimagen para valorar penumbra isquémica) y

terapéuticas (trombólisis). Sin embargo, se la ingreso en planta sin supervisión alguna y fue su hermana a la mañana siguiente quien observo el empeoramiento alertando a los médicos.

En el informe del servicio de urgencias del del 19 de octubre/2015, se señala:

"En el TAC practicado se concluye lo siguiente:

"En conjunto, los hallazgos son sugestivos de patología isquémica, algunas zonas isquémicas crónicas (periventricular y capsula externa izquierdas) y otras más recientes (frontales izquierdos), siendo improbable dado el contexto clínico y la distribución que tenga origen inflamatorio-infeccioso".

En la evolución clínica se refleja lo siguiente:

"Asintomática y sin focalidad neurológica durante su estancia en urgencias. Aunque el informe de TC apunta a patología vascular, pero el antecedente de patología en ambos MMII en la infancia con la focalidad actual intermitente, sugiere que haya un proceso antiguo que ahora vuelva a dar sintomatología. En ese sentido cabe la posibilidad de que sean crisis y que la lesión subyacente sea malformativa vascular".

Como diagnóstico principal aparece: "Posibles crisis parciales secundarias" y como secundarios: "Lesión en lóbulo frontal izquierdo, de probable cronología muy antigua, a valorar MAV (malformación arteriovenosa) subyacente". Tras lo cual, pasa a hospitalización a cargo de Neurología."

En el informe de evolución de cuidados de enfermería, en el turno de tarde, aparece entre otras, la siguiente anotación:

"Valoración de enfermería guardada: 19-10-2015 - 21:36
H ECHO TAC U R G E NTE
DEAMBULA POR LA PLANTA
MEDICACION ADMINISTRADA.
PASA BIEN LATARDE"

Y en el turno de noche, aparece la siguiente anotación:

"NOTA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA Fecha: 20/10/2015 07:19:59
"Descansa durante la noche.
Sin incidencias".

El 20/10/2015, un familiar (hermana) observa que la paciente ha sufrido empeoramiento clínico, por lo que avisa al médico de planta que, tras evaluación, prescribe 1 ampolla de diazepam intravenoso y posteriormente Keppra 500 mg (dos dosis) y 4 mg de dexametasona.

Quedando reflejado como Juicio diagnóstico: "Crisis comicial parcial simple, vs posible ACV de arteria cerebral media (hora de inicio indeterminada)".

En ese mismo día, se realiza RNM y angioRM urgente (informe verbal provisional), con el siguiente resultado:

"área de infarto antiguo territorio ACA izquierda, infarto agudo (Difusión y FLAIR) territorio ACM izquierda. Oclusión MI izquierda".

Concluyendo que:

'Ante los hallazgos de la RM y de la TAC previa, ~ tras valoración con la unidad de ictus y Neuroradiología no se considera indicado tratamiento fibrinolítico o endovascular".

También se realiza estudio neurosonológico dando resultado lo siguiente:

"DTSA (Duplex de troncos supraaórticos)

Ambos ejes carotídeos sin engrosamiento intimal ni formación de placas ateromatosas.

DTC (Doplertranscraneal) M1 izquierda asimétrica respecto a derecha, con morfología postestenótica, con velocidades en torno a 45/15 cm/s, impresiona de soplo audible, sin poder identificar aceleraciones segmentarias.

M1 derecha con velocidades y morfología normal (80/33 cm/s). Ambas A1 identificadas y simétricas.

P1 derecha que impresiona de origen fetal. Sin otras alteraciones.

CONCLUSION

M1 izquierda postestenótica sin poder identificar estenosis focal."

Adicionalmente, se solicita EEG urgente y analítica sanguínea."

A la vista del informe del servicio de urgencias y de las anotaciones de enfermería en planta en el el 19 de octubre la recurrente no precisaba vigilancia especial, no estando indicando al tiempo de su ingreso el tratamiento fibrinolítico a la vista de la lesión isquémica subaguda establecida. En este punto el perito de parte señala que la isquemia no era tan extensa, sin embargo en los términos del art. 348 de LEC la Sala otorga prevalencia al resto de informes médicos, destacando en este punto el informe de funcionamiento del Servicio de Neurología del (folios 86-90), que aprecia en el TAC practicado en Urgencias el día 19/octubre/2015 una imagen de isquemia establecida subaguda en el TC extensa, que descarta el tratamiento fibrinolítico.

En consecuencia, no se aprecia infracción de la lex-artis en la atención médica dispensada a la recurrente en el en las urgencias y en planta el 19 de octubre, ni tampoco durante la noche y madrugada de ese día.

OCTAVO. – La recurrente solicita una indemnización de 706.541,42 euros, mas los intereses correspondientes desde la fecha de la reclamación administrativa. El cálculo lo realiza a partir del baremo de accidentes de circulación aprobado por la ley 35/2015 de 22 de septiembre y de acuerdo con las lesiones que presenta.

Sobre la aplicación de los baremos de accidentes de circulación para el cálculo de las indemnizaciones que corresponden en supuestos de responsabilidad patrimonial el TS en su sentencia de 28/septiembre/2020, RC 123/2020, reiterando su anterior doctrina, nos dice:

"Suscitado el debate en la forma expuesta es necesario comenzar por recordar que el recurso a los baremos fijados para accidentes de circulación a los efectos de calcular las indemnizaciones que resultaren procedentes en el ámbito de la responsabilidad de los poderes públicos, ciertamente que han sido utilizados a veces por los Tribunales de lo Contencioso-Administrativo, también por este Tribunal Supremo. El mismo Legislador, ya se dijo, se hace eco de esa posibilidad cuando en el artículo 34.2º de la vigente Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, acepta esa posibilidad que, por cierto, no estaba en el artículo 141 de la Ley de Procedimiento de 1992, que regulaba también la indemnización y su cálculo. Sin embargo, es lo cierto que este Tribunal Supremo ha venido también declarando que los mencionados baremos, en el mejor de los supuestos, solo podrían tener un valor orientativo y que, en modo alguno podrían comportar el automatismo en la determinación de las indemnizaciones, como decía la *sentencia de 20 de febrero de 2012 (recurso de casación 527/2010)* "no son vinculantes y solo tienen un carácter meramente orientativo" (en el mismo sentido, *sentencia de 3 de mayo de 2012, recurso de casación 2441/2010*). Y nada ha cambiado con la nueva regulación que se establece en el actual artículo que regula la indemnización que, como se ha expuesto en su transcripción, se limita a proponer que la determinación de la indemnización, que la primera que deba aplicar es la Administración, en su caso, "podrá tomar como referencia" dicho baremo, es decir, ni se impone imperativamente ni, menos aún, de aceptarse ese recurso al baremo, deba ser aplicado en toda su pureza. porque lo que se propone es "tomarlo como referencia".

Y no puede perderse de vista, entrando ya en el examen de las concretas circunstancias del caso, que cuando se trata de abordar la indemnización por lesiones, en sentido técnico jurídico, que afectan a la vida o a la salud, que nunca son susceptibles de valoración concreta, no puede desconocerse el carácter objetivo y de generalidad que comporta la responsabilidad de las Administraciones que, desde luego, no le exime del deber de indemnizar por la existencia de una responsabilidad cuya aceptación por nuestro Legislador ha sido una de las conquistas más necesarias en un Estado de Derecho, pero que tampoco comporta, como se ha dicho reiteradamente, que se convierta a las Administraciones en un modo de aseguradora universal, que sin duda afectaría al mismo presupuesto de las Administraciones y la detracción de recursos para otros fines. Ciertamente que en esos baremos existe también responsabilidad objetiva, pero mediatizada por la generación del riesgo, circunstancia que no concurre, necesariamente, en el caso de esta responsabilidad, en que el daño indemnizable surge por mero hecho de la prestación de servicios públicos vinculado, entre otras condiciones, que el lesionado no tenga el deber de soportarlo. "

A la luz de dicha doctrina, no considera la Sala aplicable el baremo establecido en la ley 35/2015.

Tomando en consideración las lesiones sufridas, su edad (44 años) y desarrollo profesional (auxiliar administrativo 19 años y en paro en el momento de los hechos) la Sala fija la cuantía indemnizatoria a su prudente arbitrio en 200.000 euros, cantidad que se reduce un 50% al considerar que sufrió una pérdida de oportunidad en dicho porcentaje. En consecuencia, la recurrente será indemnizada en 100.000 euros, más los intereses desde la fecha de su reclamación administrativa.

NOVENO. – En cuanto a las costas, tratándose de una estimación parcial conforme al arto. 139 LJCA no procede pronunciamiento expreso. **VISTOS** los preceptos legales citados por las partes concordantes y de general aplicación.

FALLAMOS

1. Se estima el recurso administrativo número 457/2018, promovido por el Procurador en nombre y representación de contra la desestimación presunta de la reclamación planteada ante la Consellería de Sanitat sobre responsabilidad patrimonial sanitaria, expediente R.P. 73/13.
2. Se reconoce el derecho de la recurrente a ser indemnizada con 100.000 euros, más los intereses legales desde la fecha de su reclamación administrativa.
3. Sin costas.

La presente Sentencia no es firme y contra ella cabe **RECURSO DE CASACION** ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo o, en su caso, ante la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. Dicho recurso deberá prepararse ante esta Sección en el plazo de TREINTA días a contar desde el siguiente al de su notificación, debiendo tenerse en cuenta respecto del escrito de preparación de los que se planteen ante la Sala 3ª del Tribunal Supremo los criterios orientadores previstos en el Apartado III del Acuerdo de 20 de abril de 2016 de la Sala de Gobierno del Tribunal Supremo, sobre la extensión máxima y otras condiciones extrínsecas de los escritos procesales referidos al Recurso de Casación ante la Sala Tercera del Tribunal Supremo (BOE número 162 de 6 de julio de 2016).

Notifíquese esta Sentencia a las partes, y luego que gane firmeza líbrese certificación literal de la misma y remítase juntamente con el respectivo expediente administrativo al órgano demandado, sirviéndose acusar el oportuno recibo.

Así por nuestra sentencia de la que se llevará testimonio literal a los autos principales, juzgando lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- La anterior sentencia ha sido leída y publicada en el día de su fecha por la Ilma. Sra. Magistrada Ponente de la misma, estando constituido el Tribunal en audiencia pública, de lo que, como Letrada de la Administración de Justicia de éste, doy fe.

**TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA
SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO
SECCION 2**

**PROCEDIMIENTO ORDINARIO [ORD] nº: 2 /000457/2018-AA
N.I.G: 46250-33-3-2018-0003829**

DILIGENCIA DE VOTACIÓN Y FALLO

ILMOS. SEÑORES

D/D^a.

D/D^a

D/D^a

D/

Valencia a dos de febrero de dos mil veintiuno.

Por la presente, hago constar que en el día de la fecha, y por esta Sala del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, integrada por los Ilmos Señores expresados al margen, se ha procedido a la votación y fallo del presente recurso. Certifico.