



RESOLUCIÓN

HECHOS

PRIMERO. - Con fecha de entrada 31/03/2022 en el registro electrónico (SIR), siendo organismo destinatario la entonces denominada Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, D. _____ Dña. _____ y D. _____ formulan reclamación en la que exponía los siguientes hechos:

"PRIMERO. - Quienes suscriben son los padres y el hermano de Dña. _____ beneficiaria de la acción protectora de la Seguridad Social con número de afiliación 11123061.

Se adjunta como DOC. Nº 1 Libro de familia para acreditar la relación de parentesco, y como DOC. Nº 2 certificado de defunción acreditativo del fallecimiento.

SEGUNDO. — Dña. _____ falleció el 2 de octubre de 2021, a las 17:10 horas, en su domicilio en la calle Rio Cabriol no 5, puerta 3, de Horno de Alcedo (Valencia), a causa de un shock cardiogénico producido por un tromboembolismo pulmonar masivo. Adjuntamos como DOC. Nº 3 el informe de autopsia donde se recogen el día, la hora y las causas de la muerte.

Su muerte fue consecuencia de la incorrecta asistencia sanitaria que recibió por parte de los centros de salud Trafalgar y Castellar-Oliveral de Valencia, y de un error de diagnóstico por parte de los operativos del 112 que le atendieron en su domicilio.

TERCERO.- Dña. _____ se encontraba en su domicilio, guardando reposo debido a una lesión con tumefacción el dedo meñique del pie derecho que sufría desde el mes agosto, dos meses antes de los hechos. Aportamos como DOC. Nº 4 el informe médico de fecha 5 de agosto de 2021, acreditativo de la lesión.

A lo largo de la mañana del 2 de octubre de 2021 comenzó a encontrarse mal, por lo que a las 13:06 horas realizó una llamada de teléfono a su pareja, Don _____ alertándole de su malestar, acudiendo éste a su domicilio para atenderla.

Tras presenciar el mal estado de salud de Dña. _____ que se encontraba empapada en sudor y con muchos escalofríos, D. _____ llamó al número de teléfono 963184370 desde el teléfono de su novia, a las 13:52 horas, correspondiente con el número de urgencias que aparecía en el SIP de la tarjeta sanitaria de la finada

Tras la primera llamada, el Centro de Trafalgar contestó que en ese momento no podían enviar un médico de urgencias, indicándole otro número del teléfono al que debía llamar. El Sr. _____ llamó al número de teléfono que le indicaron desde su propio terminal, correspondiendo éste con el número del centro médico de Castellar- Oliveral, el cual en un primer momento le colgó la llamada para después devolvérsela, diciéndole lo mismo que el primer centro, que no podían acudir en ese momento al domicilio a atender a la enferma, indicándole que llamara al 112.

Consecuentemente, D. _____ realizó hasta tres llamadas al 112 solicitando ayuda. Tras la tercera llamada un operario le indicó que ya habían dado aviso, pero que no podían estimar el tiempo de llegada al domicilio. Al poco tiempo de colgar la



última llamada acudió al domicilio una ambulancia con personal sanitario, y después apareció una médico del centro de salud de Castellar, que acudió al domicilio a las 13:58 horas.

Una vez en el domicilio, tanto Dña. como su pareja advirtieron a los facultativos de que la paciente se encontraba guardando reposo en la vivienda por una lesión en el dedo meñique del pie derecho, por lo que se hallaba inmovilizada. El tratamiento realizado por los sanitarios consistió en colocaron distintas vías a la paciente con el fin de hidratarla con suero fisiológico, sin realizar prueba alguna que pudiera descartar la posibilidad de que la paciente estuviera sufriendo un tromboembolismo pulmonar, teniendo en cuenta la lesión que presentaba y por la que se encontraba guardando reposo. En algún momento los facultativos barajaron la posibilidad de trasladarla al hospital, pero desecharon esa idea tras apreciar que, subjetivamente, tras la aplicación de suero fisiológico, la paciente parecía encontrarse un poco mejor.

Finalmente, en su diagnóstico concluyeron que se trataba de un ataque de ansiedad y así se lo comunicaron a D. a quien dieron indicaciones de mantener a la paciente hidratada y "llamar al 112" si presentase signos de alarma. Acto seguido, los facultativos se marcharon del domicilio sin realizar prueba alguna que descartara complicaciones o justificara su estado y, desde luego, sin descartar que la paciente pudiera estar sufriendo un trombo o enfermedad similar, dejándola sola con su pareja en el domicilio, sin asistencia médica.

Se aporta como DOC. Nº. 5 el informe de consulta realizado por la médica de familia, la Dra. donde se recogen la exploración, el diagnóstico médico y el plan a seguir. En dicho documento consta que la consulta fue realizada a las 13.58 horas por la médica del centro de Castellar, quien según la declaración de D. llegó instantes después que la ambulancia del 112.

CUARTO - DE LOS HECHOS RELATADOS SE DESPRENDE EL INCORRECTO MANEJO DEL PACIENTE POR ACTOS MÉDICOS REPROCHABLES QUE NO PERMITIERON DIAGNOSTICAR Y TRATAR EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

La dejadez asistencial en este caso no puede ser más clamorosa; tras una primera asistencia médica en el domicilio de la paciente quien presentaba sudoración, mareos y escalofríos, en el contexto de reposo con inmovilización del miembro inferior derecho por fractura, los sanitarios delegaron en la pareja de ésta las funciones de vigilancia e hidratación de la paciente, aconsejándole que llamara al 112 si la situación empeoraba.

La actuación correcta, atendiendo a las necesidades del tiempo y el lugar conforme a la *lex artis ad hoc*, habría sido trasladar a la paciente al hospital donde podrían haberle realizado los análisis médicos necesarios que determinarían la causa de sus síntomas. Sin embargo, los sanitarios concluyeron rápidamente que se trataba de un ataque de ansiedad, sin motivo que lo justificara y sin realizar ninguna prueba adicional que pudiera descartar una enfermedad más grave, como en este caso sería el trombo pulmonar.

Esta falta de exploración, que no podía realizarse en el domicilio de la enferma, generó un grave riesgo para la misma que se concretó con el fallecimiento a causa de un shock cardiogénico producido por un tromboembolismo pulmonar masivo que los facultativos no llegaron a identificar.



Como se ha mencionado previamente, todo lo sucedido se podría haber evitado si el equipo médico hubiese acudido a la mayor premura posible, sin necesidad de que el D. realizara hasta 5 llamadas a distintos servicios de emergencias para ser atendido, y una vez en el domicilio se hubieran valorado correctamente los antecedentes clínicos de Dña.

El fallecimiento podría haberse evitado si se hubiera actuado con la diligencia debida, diagnosticando a tiempo el trombo que estaba sufriendo que pudo ser provocado bien por la caída en sí que había provocado una lesión en el dedo meñique del pie o bien por el tratamiento de inmovilización por el que se encontraba guardando reposo en casa. Sin embargo, los facultativos se apresuraron a dar un diagnóstico precipitado de crisis de ansiedad con angina de pecho, sin realizar pruebas suficientes que descartasen enfermedades más graves y sin trasladarla a un centro médico especializado donde pudieran haberla atendido con los medios que la situación requería.

(...)"

SEGUNDO.- Del relato de los hechos formulado por el reclamante, se desprende que, para la parte reclamante, es imputable a la Administración el daño causado, consistente en el fallecimiento de la paciente, consecuencia de retraso y error diagnóstico.

Asimismo, los daños causados han sido cuantificados por la parte reclamante en 105.302,07 euros

TERCERO. - A su reclamación acompañó y remitió la parte reclamante, durante la instrucción del presente procedimiento, diversa documentación de carácter clínico, así como copias del libro de familia, del certificado literal del Registro civil de Valencia del fallecimiento de la paciente, del informe de autopsia de la misma y de la comparecencia ante la Letrada de la Administración de Justicia del Juzgado de Instrucción N.º 18 de Valencia en Diligencias Previas N.º 1621/2021

CUARTO. - Mediante oficio fechado el 22/02/2022 se notificó a la 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, advertencia sobre datos y documentos a aportar de acuerdo con lo previsto en los artículos 66 y 67 de la ley 39/2015 LPAC-AP, procedimiento judicial penal o civil en curso, la subsanación de defectos y otras obligaciones del reclamante, con especial mención en el apartado referido a la legitimación activa a la coexistencia de la familiares legitimados directos de primer grado y la inexistencia de dependencia económica ni convivencia del hermano de la paciente fallecida.

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 02/12/2022, 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 CSV Castellar, CAV Pinedo, CS Alfafar y del Servicio de Emergencias.
- Informe de funcionamiento del enfermero del Centro de salud de Castellar, con fecha de remisión 20/05/2022.
- Informe de funcionamiento de la facultativa del proceso asistencial de fecha 22/06/2022.
- Informe de funcionamiento de la Directora de Servicios de Emergencias sanitarias de fecha 07/06/2022.
- Informe médico pericial de orientación emitido por la Dra. de fecha 13/07/2022.
- Informe técnico sanitario de la Inspección de servicios sanitarios emitido por D. de fecha 07/11/2022.
- Informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal, de fecha 14/02/2023.

OCTAVO. - Puesto de manifiesto el expediente en trámite de audiencia al reclamante, mediante oficio notificado el 27/03/2023, para examinar el expediente, formulación de alegaciones y aportación de cuantos documentos y justificaciones estime oportunos, se presenta en el registro de entrada de la Generalitat en fecha 13/04/2023, por la parte reclamante, escrito de alegaciones por medio cual, en síntesis, se viene a ratificar en lo manifestado en el escrito inicial de reclamación patrimonial, haciendo diversas consideraciones a los informes obrantes en el expediente, así como en relación a la aplicación de la pérdida de oportunidad en el presente procedimiento.

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 23 de mayo de 2024, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial emitió propuesta de resolución parcialmente estimatoria de la reclamación y a su vez el Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunidad Valenciana, en su sesión de fecha 11/12/2024 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.

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



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 parte reclamante ha quedado acreditada suficientemente en el expediente al ser el padre y madre del paciente fallecido.

Por su parte, en lo que respecta a la legitimación activa del hermano, se ha de considerar acreditada en el expediente al ser el hermano de la paciente fallecida.

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 caso el *dies a quo* debe considerarse que es el 02/10/2021, fecha de fallecimiento del paciente, y la reclamación fue interpuesta con fecha de entrada 31/03/2022 en el registro electrónico (SIR), siendo organismo destinatario la entonces denominada Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; por tanto, 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 por lo 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 enfermero del Centro de salud de Castellar, con fecha de remisión 20/05/2022**, en el que se señala:

"Yo, enfermero del centro de salud de Castellar - Oliveral, el pasado 2 de octubre de 2021 me encontraba en mi turno de guardia, en el centro de salud antes mencionado.

Recibimos una llamada del 112, comunicándonos que teníamos un aviso desde Horno Alcedo, informándonos de que dicha paciente se encontraba con disnea y fatiga.

Tras recibir la llamada del 112, inmediatamente, la doctora y yo, avisamos el taxi que se encontraba ubicado en Pinedo, mientras yo procedía a preparar la maleta de urgencias necesaria.

En cuanto el taxi llegó al centro de salud de Castellar, acudimos la doctora y yo al domicilio situado una vez en dicho domicilio de la paciente, la facultativa realiza sus funciones de valoración y me solicita la realización de toma de constantes y la canalización de una vía periférica, lo que efectúo de inmediato.

Procedo a realizar los procedimientos tal y como están estipulados en los protocolos de actuación de técnicas. Señalar que por las características propias de la paciente, la realización de la técnica, de canalización de la vía, fue complicada y comportó mucha concentración y atención en la realización de dicha técnica por mi parte.

Una vez realizada esta técnica, me limité a seguir las instrucciones prescritas por la facultativa tal y como es lo habitual en estas situaciones.

La doctora manifestó que al estar la paciente estabilizada no había necesidad de traslado. Que ante empeoramiento de la paciente, llamaran al 112.

Ante esta manifestación, nos marchamos del domicilio,"

- **Informe de funcionamiento de la facultativa del proceso asistencial de fecha 22/06/2022**, en el que se señala:

"A continuación relato lo sucedido el día 02/10/2021

Reciben en Centro de Salud Castellar Oliveral aproximadamente a las 13: 58 horas del día 02/10/2021, llamada para prestar atención médica a paciente



desplazada que se encontraba ubicada en la población de
el aviso de manera telefónica.

Me pasan

Realizo llamada telefónica alrededor de 10 minutos después de recibir el aviso en mi lista de atenciones, hablo con familiar quien comenta que la paciente se encuentra con dificultad para respirar, indago sobre antecedentes y clínica presente, tras interrogatorio comenta que la nota muy intranquila, que la paciente siente dolor y opresión en el pecho, el dolor no se irradia, solicita que vayan a visitarla a domicilio.

Minutos más tarde recibimos llamada del 112 donde indican que debemos ir a valorar a la paciente a domicilio, dada la clínica indicada de manera telefónica sugiero diagnóstico de angina.

Acudimos a domicilio ubicado en
domicilio personal de soporte vital básico.

al llegar se encontraba ya en

Comienzo nuevamente interrogatorio y examen físico, paciente refiere encontrarse muy agitada, con dificultad para respirar, comenta haber sufrido golpe en dedo meñique de pie hace 2 meses. Refiere dolor a nivel de epigastrio y mareo.

Continúo indagando sobre sobre medicamentos crónicos, antecedentes previos sobre estados de ansiedad, pensando en un cuadro de crisis de ansiedad, paciente me refiere presentar molestias en el trabajo, mucho estrés y presión, por lo que se refuerza mi diagnóstico de crisis de ansiedad-

Posteriormente realizo examen físico, paciente álgica, nerviosa, sudorosa, pálida, fría, consciente, orientada-

Constantes vitales tensión arterial: 69/63 mmHg, frecuencia cardiaca 125 lpm, Saturación O2: 90% aire ambiente, Glucemia 330mg/dL.

A la auscultación corazón rítmico, no soplos. Pulmones murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación en zona de epigastrio.

En este momento sugiero traslado al hospital a paciente pero personal de ambulancia manifiestan que debido a la hipotensión presentada no se la puede trasladar, solicitando estabilidad de la paciente.

Dada la clínica y en vista de las constantes vitales que reflejaban hipotensión, indico hidratación intravenosa con solución salina 0,9%, se colocó un bolo de 250 ml intravenoso.

Debido a la agitación presentada y al no contar en ese momento con medicamentos, llamo al centro de salud de Pinedo alrededor de las 14:49 horas y solicito al médico que cargue en la tarjeta sanitaria de la paciente, diazepam 5mg,

Tras la aplicación de hidratación y medicación la paciente logra tranquilizarse, se realiza nueva toma de constantes vitales, tensión arterial 97/73mmHg, Glucemia 301.

Continuamos en domicilio vigilando constantes vitales, indico hidratación vía oral dada la estabilidad de la paciente.

Paciente presenta buena tolerancia vía oral, mejoría del cuadro clínico, constantes vitales dentro de rango de normalidad, por lo que se refuerza aún mas mi diagnóstico de crisis de ansiedad, descartando angina de pecho, además de que la paciente refirió encontrarse mejor, sin clínica presentada en un inicio, por lo que decido dejarla en domicilio, indicando signos de alarma, control por su médico de cabecera para vigilar glucemia alterada y en caso de ser necesario volver a llamar al 112.



Por lo tanto y en vista de su mejoría clínica y física, teniendo en cuenta que era una paciente joven, sin antecedentes de patologías crónicas, que la lesión presentada en dedo meñique fue hace 2 meses, decido observación domiciliaria."

- Informe de funcionamiento de la Directora de Servicios de Emergencias sanitarias de fecha 07/06/2022, en el que se señala:

*"02/10/2021 14:05h Llamada al 112 que se identifica como su pareja.
14:08h Se crea incidencia por "mujer, 38 años, le cuesta respirar, dolor en pecho. Solicita ambulancia. mareos, mucho sudor". Se tipifica como Pl, dolor cardíaco, precódigo infarto.
14:15h Tras valoración del coordinador, se avisa al centro de salud.
14:28h Se activa SVB.
14:41h Tiempo de asistencia del SVB.
16:42h Tiempo de finalización asistencia del SVB. La paciente queda en domicilio por indicación de la Dra. Del Centro de Salud in situ.
17:07h Nueva llamada del familiar en el sentido de que ha vuelto el dolor de pecho, que está inconsciente y que no respira. Médico coordinador le indica como hacer maniobras de RCP.
17:09h Se activa unidad SAMU a05 con base en Silla que se anula a las 17:11h por encontrarse lejos del lugar de regreso de un servicio anterior.
17:11h Se activa nueva unidad SAMU a01 con base en Manises, marcando tiempo de asistencia a las 17:23h.
17:12h Se activa unidad SVB b99 con base en Silla por cercanía. Tiempo de asistencia 17:24h. 18:26h Se da por finalizada la asistencia desde SAMU a01.
No constan reclamaciones previas relacionadas con esta incidencia."*

- Informe médico pericial de orientación emitido por la Dra. de fecha 13/07/2022, en el que tras señalar las fuentes del informe, efectúa un resumen de la historia clínica, consideraciones médicas y, conforme al siguiente tenor literal, análisis de la práctica médica y conclusiones generales:

"IV.- ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

La paciente Doña _____ estaba en reposo desde hacía 2 meses por fractura en 5º dedo pie derecho.

El día 02/10/2021 fue valorada en su domicilio por la médico por disnea y malestar. Presentaba dolor epigástrico, sudoración y mareo.

En el informe de intervinientes consta que la médico sabía que la paciente estaba en reposo por una fractura en dedo de pie.

Se valora que presenta hipotensión y taquicardia. Se pauta suero y al mejorar la tensión se deja a la paciente en domicilio con medicación para la ansiedad (que es lo que se diagnostica).

En la exploración no consta ni la auscultación pulmonar ni la revisión de los MMII en busca de una posible trombosis venosa profunda.

Con los síntomas clínicos sugestivo de TEP y una escala de Wells con una probabilidad intermedia de padecer un TEP se debía haber derivado a la paciente al hospital para valoración.



V.- CONCLUSIONES GENERALES

No se sospechó la presencia de TEP a pesar de signos, síntomas y escalas sugerentes. Debía por tanto, haberse derivado a la paciente al Hospital."

Informe técnico sanitario de la Inspección de servicios sanitarios emitido por D. [redacted] de fecha 07/11/2022, en el que efectúa un resumen de los hechos objeto de la reclamación, las actuaciones practicadas, con un juicio crítico sobre la embolia pulmonar y sobre los hechos, y las siguientes conclusiones:

"5.- CONCLUSIONES

Primera: Que el día 02/10/2021 a las 13:52 horas llama su pareja al Centro de Salud de Valencia Trafalgar, donde le indican que llame al 112.

Segunda: Que l día 02/10/2021, a las 13:58, el médico de familia del sábado del Centro de Salud de Valencia Castellar acude al domicilio de la paciente para valorarla. Motivo: Seguimiento de CRISIS ANSIEDAD. Anamnesis: Dolor y opresión en el pecho, el dolor no se irradia, no se puede mover, solicita que vayan a visitarla al domicilio. Además, refiere disnea. Exploración: Acudo a domicilio para valoración, al llegar paciente álgica, nerviosa, sudorosa, pálida, fría, refiere dolor a nivel de epigastrio, mareo. Al examen físico consciente orientad, álgica, TA 69/53mmHG FC: 125 Sato2: 90%, Glucemia 330. Corazón rítmico, sin alteración en sus ruidos. Luego de hidratación intravenosa tensión remonta a 97/73mmhg, Glucemia 301. el personal de soporte vital básico manifiesta que no puede transportar a la paciente debido a que presenta hipotensión. Luego de hidratación oral y buena tolerancia se toma constantes vitales dentro de la normalidad y decide vigilancia y control en domicilio, se indica signos de alarma y si fuera necesario volver a llamar al 112. Diagnósticos / Procedimientos: CIE-10 F41.9 Crisis de ansiedad. CIE-10: I20.9 Angina. Plan: Indico llamar al 112. Signos de alarma Hidratación abundante. Consultar con MAP para valorar glucemia alterada.

Tercera: Que el día 02/10/2021, a las 17:51, el médico de atención continuada del Centro de Salud de Alfafar recibe aviso del 112 para que acudan al domicilio de la paciente, por encontrarse inconsciente y cianótica, y no responde a estímulos. Cuando llegan, el SAMU ya está en el domicilio. Al no necesitar nuestra colaboración, volvemos al PAC.

Cuarta: Que el día 02/10/2021 a las 17:00 horas se produce el fallecimiento de la paciente, y el informe de la autopsia establece como causa del mismo un shock cardiogénico por TEP masivo. Pulmones: derecho pesa 535g e izquierdo 455g. ambos presentan oclusión completa de las

Quinta: Que a la hora de valorar a la paciente no se tuvo en cuenta el antecedente de inmovilización y reposo por una fractura de un dedo del pie.

Sexta: Que no se exploró correctamente a la paciente, obviando la EE II y la auscultación pulmonar, en busca de signos de una posible embolia pulmonar, así como tampoco se realizó una correcta valoración de la clínica que presentaba.

Séptima: Que los diagnósticos establecidos de angina y ansiedad fueron erróneos, y no se sospechó la presencia de TEP a pesar de signos, síntomas y escalas sugerentes.

Octava: Que con los síntomas clínicos sugestivo de TEP y una escala de Wells con una probabilidad intermedia de padecer un TEP se debía haber derivado a la paciente al hospital para valoración.



Novena: Que, siendo de lamentar el desenlace final, la asistencia y tratamientos dispensados a Doña ... en su domicilio por parte de la médica del Centro de Salud de Valencia Castellar, el día 02/10/2021, no fueron correctos ni 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 objeto de la reclamación y señalar las conclusiones del informe de la Inspección de Servicios Sanitarios, efectúa las siguientes consideraciones y valoración del daño corporal:

"Consideramos que la asistencia sanitaria prestada no fue adecuada. Los antecedentes, síntomas y signos que refería y presentaba la paciente de obesidad, dolor y opresión en el pecho, algica, nerviosa, sudorosa, pálida, dolor a nivel epigastrio, mareo, TA de 69/53, FC de 125, sat 90 %, glucemia de 330,... obligaban a activar el protocolo de código infarto y como mínimo realizar lo antes posible un ECG y/o derivarlo a Servicio de Urgencias Hospitalaria para descartar patología vital urgente (isquemia cardíaca, TEP,...)

Perdida de Oportunidad

La paciente fallece según la autopsia por un Shock Cardiogénico por un Tromboembolismo Pulmonar Masivo con oclusión completa de las arterias pulmonares por trombo organizado que penetra hasta las ramificaciones más finas de los vasos. Presentaba severa dilatación derecha con elongación del aparato valvular.

La sobrecarga del ventrículo derecho se relaciona con la mortalidad precoz del TEP. Los signos que presentaba de saturación O2 de 90 %, hipotensión con TA sistólica de 65, frecuencia cardíaca 125... suponen que era hemodinámicamente inestable con función ventricular derecha comprometida. Estos datos junto con los hallazgos de la autopsia indican que era un proceso de riesgo muy elevado que se asocia con una mortalidad precoz > 15 % por lo que establecemos pérdida de oportunidad del 85 %

SECUELAS Fallecimiento

FN: 21/05/1982. 39 años."

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 centros sanitarios dependientes de la Conselleria de Sanidad al haberse producido el fallecimiento de la paciente, consecuencia de una atención médica no correcta y ajustada a lex artis, con un de retraso y error 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.

Respecto de tales informes se destaca el Informe del Servicio de Inspección Médica, que constituye un referente en la materia dadas las competencias asignadas a dichos funcionarios en su normativa reguladora, tal como el Decreto 56/06, de 28 de abril, constitutivo de su Reglamento organizativo y funcional, en múltiples preceptos, por su condición inspectora y evaluadora de la actividad sanitaria, y en concreto en el art. 51 r) relativo a los expedientes de responsabilidad patrimonial, que a su vez viene a reproducirse igualmente en el correlativo Reglamento orgánico y funcional de la conselleria competente en materia sanitaria de que dependen y en los subsiguientes planes anuales de actuaciones de dicha Inspección Médica.

En relación a estos informes, que dan debida contestación a las alegaciones y manifestaciones efectuadas por la parte reclamante y que se han de dar por reproducidos, resulta procedente señalar que los informes recabados y obrantes en



el expediente emitidos por funcionario público en el ejercicio de sus funciones, gozan de una presunción de certeza y objetividad propia de los mismos, fundada en la especialización e imparcialidad de los órganos establecidos para emitir informes de esta naturaleza; todo ello de conformidad con lo establecido por una consolidada doctrina jurisprudencial, como la STS de 18 de julio de 2012 o la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ de la Comunidad Valenciana, de 26 de febrero de 2010.

Abundando en lo anterior, respecto de los informes de la Inspección de Servicios Sanitarios, se viene destacando su carácter probatorio, tanto por la jurisprudencia como es el caso de la sentencia 63/2018, de 14 de septiembre, del Juzgado Ca nº 9 de Valencia, o la Sentencia 250/19, de 11 de septiembre del Juzgado Ca nº 6 de Valencia (PAB 616/18), haciendo notar también ésta última el carácter de funcionarios por oposición de sus miembros, y por ende su carácter imparcial, como por la doctrina del Consell Juridic Consultiu de la Comunitat Valenciana, como es el caso del dictamen 115/2019, de 20 de febrero donde se señala que *“a la hora de apreciar cuál de los informes periciales puede revestir mayores garantías de acierto en sus valoraciones, dicho Servicio de Inspección es un servicio ajeno a los que atendieron al paciente, y además altamente cualificado a la vista de las funciones y tareas que desarrolla diariamente, entre las que se hallan la calidad de la asistencia sanitaria y de sus prestaciones, así como inspeccionar y evaluar el sistema sanitario como garantía de los derechos y obligaciones de los pacientes....”*

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”*.



Por otro lado, y como cuestión previa al cálculo indemnizatorio, es necesario poner de manifiesto la necesidad de aplicación en este procedimiento del criterio doctrinal y jurisprudencial de la pérdida de oportunidad que la parte reclamante no considera en su escrito de alegaciones de 25/04/2023. Al respecto, la consideración de la referida doctrina de la “*pérdida de oportunidad*” como parámetro indemnizatorio, tal y como viene siendo aplicada en la jurisprudencia, y significadamente por el Tribunal Supremo, determina una modulación, y en cada caso una reducción más o menos notable, del quantum indemnizatorio, ya que el cálculo debe efectuarse sobre el hipotético porcentaje de obtener una mejor sanidad del paciente y que la reposición de un perfecto estado de salud no puede garantizarse plenamente.

Dicha privación de expectativas, de acuerdo con las Sentencias del TS de 23 de enero de 2012, Rec. de casación 43/2010, STS de 7/9/2005, 26/62008, 25/6/2010, recaídas respectivamente en los recursos de casación 1304/2001, 4429/2004 y 5927/2007 se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmar con certeza para que proceda la indemnización, reconociéndola en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el/la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las Administraciones sanitarias.

En este sentido, según se expone en el Fundamento 7º de la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2012, la pérdida de oportunidad “*Se configura como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo en estos casos el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, el fallecimiento en este caso, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera (...)*”.

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 núms. 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.

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 acudir al informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal de la Conselleria de Sanidad, tanto en lo que tiene que ver con la valoración y análisis de la asistencia sanitaria y el grado de responsabilidad en los expedientes instruidos por el servicio de Responsabilidad patrimonial de la Conselleria competente en materia de sanidad, como el correspondiente al daño en los expedientes que se realice propuesta de existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida, incluyéndose dentro de esta última valoración la estimación de la existencia o no de pérdida de oportunidad en el caso concreto, resultando oportuno en este punto aclarar que la Comisión de Valoración del Daño Corporal 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.

Así pues, en 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 Comisión de Valoración del Daño Corporal 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 2024, publicadas como anexo a la Resolución de 18 de enero de 2024 (BOE núm.26 de 30 de enero) de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Por último, es necesario llegados a este punto, concretar aquellos familiares no directos que, si bien considerados legitimados activamente para instar la acción de responsabilidad patrimonial, han de acreditar haber sufrido un menoscabo para tener la consideración de perjudicados en el presente procedimiento. A este respecto el *Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana*, en sus recientes dictámenes 136/2024, de 28 de febrero, y 235/2024, de 17 de abril, se ha pronunciado sobre la cuestión, considerando que no basta únicamente con la existencia del parentesco para tener la condición de perjudicado, sino que se requieren, además, otros elementos probatorios que acrediten una especial vinculación de los parientes con el fallecido como es, a título de ejemplo, la convivencia entre aquellos y este último. Dicho en otras palabras, los parientes que reclamen por un daño moral propio deberán aportar pruebas que justifiquen dicha especial vinculación con el fallecido.

Así pues, para el caso que nos ocupa, aun reconociendo legitimación activa al hermano de la paciente fallecida, no se ha acreditado la existencia de requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial, en función del concreto daño causado. En este sentido se hace notar la inexistencia de elementos suficientes que justifiquen la especial vinculación del hermano con la paciente, por cuanto que habida cuenta de la existencia de familiares legitimados directos de primer grado -el padre y la madre-, no se aprecia la existencia de dependencia económica ni convivencia del hermano reclamante respecto de la finada.

En el informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal, 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, conforme a las tablas 1 de indemnizaciones por causa de muerte de la Ley 35/2015,



considerando que la finada, Dña. _____ tenía 39 años (fecha de nacimiento 21/05/1982) en la fecha de fallecimiento. (02/10/2021):

- 1) D. _____ padre de la finada: base de indemnización de 49.419,44€.
Pérdida de oportunidad del 85%.
Total indemnización: 42.006,52€.
- 2) Dña. _____ madre de la finada: base de indemnización de 49.419,44€.
Pérdida de oportunidad del 85%.
Total indemnización: 42.006,52€.

En consecuencia, el montante indemnizatorio de la presente resolución de responsabilidad patrimonial asciende a la cantidad total de 84.013,04€ (OCHENTA Y CUATRO MIL TRECE EUROS CON 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 lo expuesto, y conforme con el Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana.

RESUELVO

1º.- Estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. _____ Dña _____ y D. _____ reconociendo una indemnización por el importe total de OCHENTA Y CUATRO MIL TRECE EUROS CON CUATRO CÉNTIMOS (84.013,04€), con el siguiente desglose:

- 1) D. _____ 42.006,52€.
- 2) Dña. _____ 42.006,52€.

2º.- Las cuantías de las indemnizaciones reconocidas, se hallan actualizadas 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 pago de la indemnización es imputable al Departamento de Salud de València Doctor Peset.

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)

Valencia,

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).