



NOTIFICADA AL PROCURADOR
12-MAYO-2026

Carlos Sardinero García
ABOGADO
C/ ALBERTO AGUILERA 34 - ENTREPLANTA F
28015 - MADRID
TEL.: 91 686 91 60 - 91 448 96 92

TRIBUNAL DE INSTANCIA DE VALÈNCIA

Órgano judicial: Sección de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal de Instancia de Valencia. Plaza nº 5

Plaza DEL TURNO DE OFICIO, 1, 46013, València, Tlfno.: 961929068, Correo electrónico: vaco05_val@gva.es

N.I.G.:

Procedimiento: Procedimiento ordinario 42/2026. K

Actuación recurrida: SILENCIO DEL SUBSECRETARIO DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD ANTE RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE 01-06-23, AMPLIADO A RESOLUCIÓN EXPRESA DE 19-06-25

De: y

Procurador/a Sr./a.: y

Letrado/a Sr./a.: y

Contra: G.V. SUBSECRETARIO DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD

Procurador/a Sr./a.:

Letrado/a Sr./a.: Abogacía de la Generalitat Valenciana en Valencia-Contencioso

SENTENCIA Nº167/2026

En Valencia a 11 de mayo del 2026.

Vistos por mí, la Sra Doña Rosa Sonsoles Hernández González, Magistrada-Juez de la Sección de lo Contencioso-Administrativo del tribunal de Instancia de Valencia PLAZA Nº 5, el presente Procedimiento ORDINARIO con número de registro 42/2026-K, presentado por el Procurador Sr en nombre y representación de las recurrentes D^a y D^a asistidas por el Abogado Don contra LA CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA DE LA GENERALITAT VALENCIA asistida y representada por el Letrado de la Generalitat, en base a los siguientes;

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - Por la representación procesal de la recurrente se presentó recurso contencioso-administrativo contra la Resolución dictada por la Administración demandada en expediente de reclamación patrimonial, en base a los hechos y fundamentos que estimó de aplicación.



**GENERALITAT
VALENCIANA**



SEGUNDO.- Que habiéndose tramitado el presente recurso contencioso administrativo ante la Sección "º de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Valencia, habiendo efectuada todas y cada las prescripciones legales del presente, por providencia de fecha 29-10-2025, estando para votación y fallo, se consideró competente los Tribunales de Instancia.

TERCERO.- Por recibido el presente se quedaron los autos conclusos para dictar sentencia.

CUARTO.- Que la cuantía del presente procedimiento se determina en 55.728,10 €=(27.864,05€+27.864,05€).

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- Que por la representación procesal de la parte recurrente interpone recurso contencioso-administrativo contra la Resolución dictada por el Subsecretario de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana dictada en fecha 19 de junio del 2025 por la que se desestima la solicitud de reclamación por responsabilidad patrimonial presentado en su día. En expediente administrativo núm.159/2023.

Viniendo solicitar se dicte sentencia por la que se anule la resolución objeto de impugnación y se les reconozca como situación jurídica individualizada a ambas recurrentes la cantidad de 55.728,10 € (27.864,05€+27.864,05€) por los daños morales y perjuicios provocados, más intereses legales y costas.

Que la recurrente funda la presente reclamación por responsabilidad patrimonial en la relación de causalidad existente entre los daños morales sufridos y el funcionamiento anormal de un servicio público del Hospital Clínico Universitario de Valencia, al existir un retraso en el diagnóstico de la intoxicación por litio la madre de las recurrentes cuando acudió al servicios de urgencia del Hospital Clínico Universitario en fecha 19 de mayo de 2022, teniendo que pasar más de 24 horas hasta que fue debidamente tratada por la sobredosis que sufría, no actuando de manera diligente y urgente, manteniendo la prescripción del fármaco, así como la falta de medios personales así como de carecer el centro hospitalario de Servicio de Nefrología, no pudiendo recibir diálisis de forma intermitente. Lo que conllevó al fallecimiento en D^a en fecha 4 de junio de 2022



**GENERALITAT
VALENCIANA**

SEGUNDO.- Del análisis en profundidad del expediente administrativo queda perfectamente acreditado de la Sra. de 78 años, contándole antecedentes médicos tales como: Dislipemia: Desequilibrio en los niveles de lípidos en la sangre. Hipertensión arterial.

Hipotiroidismo: Condición en la que la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas, afectando el metabolismo y la energía.

Histerectomía radical por neo ovárica (1996).

Eventración gigante recidivada intervenida (2003).

Depresión y trastorno bipolar: Tratados con Plenur (carbonato de litio) durante más de 40 años. • 1.2. Tratamiento con Plenur (Carbonato de Litio).

-El día 19-5-2022 en la cita con Medicina Familiar, C.S. Alfahuién presentaba: dio positivo en COVID, ayer (hija covid+) que presenta desde el fin de semana cuadro de empeoramiento de estado general, mareo, desorientación con aumento de somnolencia con ayer caída al suelo desde la cama.

-Acuden a urgencias del Hospital Clínico de Valencia. Tras exploración física: Sospecha diagnóstica: caso confirmado COVID 19 con síntomas. -Plan: decido paso a observación A, informo a familiar. Informe de Urgencias, Urgencias generales H. Clínico Malva-Rosa, 11:54 horas ingreso, Motivo de atención: refiere el familiar desde ayer habla incomprensible, covid +.

Antecedentes: *No RAMC (no reacción alérgica medicamentos conocida), Dislipemia, HTA, TRASTORNO BIPOLAR, Hipotiroidismo, Depresión, Histerectomía radical por neoovarica 1996, Eventración gigante recidivada intervenida en 2003. -Tratamiento activo: noctamid 2mg 1 comprimido cada día crónico, eutirox 100mcg 1 comprimido cada día crónico, prisdal 20mg 1 comprimido cada día crónico, micardis 40mg 1 comprimido cada día crónico, plenur 400mg 1 comprimido cada 12 horas crónico, clopidogrel 75 mg 1 comprimido cada día crónico, nexium mups 40 mg 1 comprimido cada día crónico, cardyl 40mg 1 comprimido cada día crónico, buscapina 10 mg 1 envase cada 90 día/s crónico, parafludeten 650mg 1 comprimido cada 8 horas durante 252 días, tapentadol 50 mg 1 comprimido cada 12 horas durante 90 días (no lo usa).

Enfermedad actual: ENFERMEDAD COMÚN. Paciente covid + ayer (hijacovid+) que presenta desde el fin de semana cuadro de empeoramiento de estado general, mareo, desorientación con aumento de somnolencia con ayer caída al suelo desde la cama. No presentó pérdida de fuerza ni desviación de comisura. Lenguaje empastado. Tos seca, disfonía. No disnea. No fiebre. Niega diarrea, náuseas, vómitos, ataxia, obnubilación. Consciente, orientada en 3 esferas, lenguaje fluido y coherente, moviliza 4 extremidades, no asimetría facial. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ap mvc con crepitantes finos de predominio base izquierda. **ABDOMEN:** Blando y depresible sin masas ni megalias, sin puntos dolorosos a la palpación y sin signos de irritación peritoneal. **EEII** sin edemas. -Exploraciones complementarias: Analíticas... aumento de urea. PCR 48 sin leucocitosis ni desviación izquierda. No refiere fiebre ni síndrome miccional. Su hija le ha hecho hoy



test de Ag COVID que ha resultado POSITIVO. (la hija diagnóstico reciente de COVID+). Analíticas con discreto aumento de urea. PCR 48 sin leucocitosis ni desviación izquierda. PLAN: Solicito analítica. Remitir a neuro con resultado.

Siendo dada de alta según Inofrme facultativo de Urgencias al alta UMED... *Analíticas con discreto aumento de urea. PCR 48 sin leucocitosis ni desviación izquierda. Radiografía de tórax sin infiltrado sugestivos de neumonía covid. Orina negativa para ITU. Diagnóstico principal: COVID-19 caso confirmado con síntomas. Tratamiento al alta: Paracetamol 650 mg cada 8 horas si fiebre o dolor. Ingerir abundantes líquidos y recomendaciones para casos en investigación de COVID 19.*

-El 24-05-2022, acude nuevamente a acuden a urgencias del Hospital Clínico Malvarrosa: Situación basal: Hasta inicio de enfermedad actual era totalmente independiente, sin deterioro cognitivo aparente. - Enfermedad actual: Mujer de 78 años que presenta desde el 15.05.22 cuadro de empeoramiento del estado general, mareo, desorientación con aumento de somnolencia. Presentó el 18.05.22 caída al suelo desde la cama. No presentó pérdida de fuerza ni desviación de comisura. Es traída a urgencias el 19.05.22. No presentaba alteraciones metabólicas o infecciosas relevantes ni focalidad neurológica. Se atribuye somnolencia a Covid (Ct de 16). Desde el alta ha persistido con cuadro confusional caracterizado por comportamientos extraños, incontinencia urinaria, episodios de desconexión del medio con mutismo, temblor distal de manos. Esta mañana presenta alucinaciones visuales. Familiar refiere tos húmeda frecuente sin lograr expectoración, sin disnea ni desaturación menor a 90%. No ha presentado fiebre, diarrea, náuseas, vómitos, ataxia, obnubilación. Desde hace 1 semana vive con su hija porque por el deterioro cognitivo ha adquirido dependencia. Durante esta semana la medicación se ha cumplido como en pauta arriba mencionada. Esta mañana dosis de litio habitual...Estable, afebril, eupneica. Es traída en silla por su hija. Consciente con alternancia a somnolencia, isocoria normorreactiva, lenguaje escaso, bien articulado, con bradilalia y bradipsiquia, obedece parcialmente a órdenes verbales, presenta temblor de EESS, no asimetría facial, moviliza 4 extremidades, hiperreflexia rotuliana, RCP en flexión. Ruidos respiratorios sin agregados. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen globuloso por abundante pániculo adiposo, blando, deprimible, no doloroso, no palpo megalias. EEII sin edemas. - Exploraciones complementarias, hemograma y bioquímica:...Diagnóstico: cuadro confusional, intoxicación medicamentosa por litio, caso confirmado covid-19 con síntomas, trastorno bipolar. - Plan: Ante mujer con deterioro



**GENERALITAT
VALENCIANA**

neurológico y cuadro confusional solicito TC cerebral para descartar patología orgánica, ... por niveles de litio altos. (intoxicación leve). (...) -Diagnóstico principal: intoxicación medicamentosa por litio. Diagnósticos secundarios: caso confirmado covid-19 con síntomas, transtorno bipolar - Circunstancias al alta: paso a hospitalización - Medicina Interna. TC CEREBRAL, sin administración de contraste intravenoso: Atrofia córticosubcortical acorde con la edad del paciente. Leve hipoatenuación periventricular en relación a encefalopatía isquémica crónica. Sistema ventricular de calibre normal. No signos de sangrado intra ni extra-axial, edema ni desplazamiento de línea media. Ocupación casi completa de seno maxilar derecho. Ocupación parcial de celdillas etmoidales y senos esfenoidales. CONCLUSIÓN: Cambios involutivos acordes a la edad.

-En fecha 25-05-2022: Informe de valoración de enfermería, Medicina Interna, Hospital Clínico Malvarrosa: Accesos: Acceso Central de acceso periférico localizado en Miembro sup. Derecho, fecha de INSERCIÓN 24/05/2022. Acceso Venoso periférico localizado en Miembro sup. Izquierdo de calibre 22 mediante Infusión por gravedad, con catéter Catéter endovenoso periférico, fecha de INSERCIÓN 25/05/2022.

-El 25-05-2022: Informe de valoración de enfermería 12:54 h, Medicina Interna, Hospital Clínico. Paciente ingresada durante la noche desde Urgencias a cargo de MIN. Se realiza analítica y se cursa ECG en carpeta revisado por MIN. Revisar frecuencia cardiaca. Sf a 125 ml/h, paciente sondada revisar diuresis estricta. Se canaliza 2º vía periférica nº22 en msi. Pasa visita MIN Y NEFRO. Se contacta con Nefro agudos para dializar, avisarán antes de las 14.00 h para dializar. En ayunas y sin tomar plavix. No gafas nasales, saturación estable. Plan: solicita analítica urgente niveles de litio, aumenta perfusiones a 125 ml/hora, añade ceftriaxona iv, contacto con Nefrología/UCI. El mismo 25-05-22 firmado a las 15:05 se indica: la paciente es trasladada a Nefrología para iniciar diálisis. Dado que se trata de una paciente IABVD comento de nuevo con UCI para que se considere ingreso a su cargo en caso de disponer cama. JUICIO DIAGNÓSTICO: Intoxicación por litio, no está clara la afectación neurológica y cardiaca, se decide iniciar terapia renal sustitutiva... UCI, no hay camas en el hospital, la paciente debería ser trasladada a otro centro. Ante el tiempo de demora se decide iniciar aquí terapia de remplazo renal. Informe de valoración de enfermería, Medicina Interna, Hospital Clínico. Está en diálisis desde el inicio del turno - turno tarde-. Notas de Evolución de Hospitalización a las 18:46 horas, Medicina Interna; MIN GUARDIA: Avisan desde Nefrología para valoración por agitación. Paciente en sala de diálisis, pendiente de iniciar tratamiento, no se ha podido canalizar vía femoral por parte de Nefrología y UCI ha colocado catéter yugular derecho. Sin embargo, persiste agitación intensa que no permite el inicio del tratamiento. Paciente hemodinámicamente estable, Sat O2 98% con VNM, FC 70



lpm, afebril. Paciente con regular aspecto general, normocoloreada, presenta agitación marcada, moviliza extremidades sin aparentes asimetrías, pupilas IC, dirige la mirada a la llamada. ACrítica. AP buena ventilación bilateral. Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. No edemas periféricos. Bien perfundida, pulsos distales palpables. Se avisa a UCI quienes reevalúan a la paciente, ante la necesidad de sedación profunda para iniciar tratamiento, deciden traslado a su unidad. Sospecha diagnóstica: intoxicación medicamentosa por litio, ITU probable. ... Enfermedad actual: Paciente de 78 años que ingresa procedente de la sala de medicina interna, donde permanecía ingresada desde hace 2 días por intoxicación por litio. Refiere familiar desde el día 15 de mayo aproximadamente cuadro larvado de empeoramiento de estado general con somnolencia y caída en domicilio, se realizó test de antígeno covid que resultó positivo. ... además PCR que resultó positiva CT 16. Al alta de urgencias según consta en informe consciente, orientada y exploración neurológica normal por lo que se atribuyó el cuadro a la infección por covid. Tras el alta persiste el cuadro confusional con comportamientos extraños, incontinencia urinaria, mutismo, dificultad para el habla, temblor distal e incluso alucinaciones visuales que obligan a comenzar a vivir con su hija. Acude de nuevo urgencias donde se realiza litemia que resulta 2.15 y TC cerebral que es normal, con resto de analítica anodina. Ingres a cargo de MIN orientándose como intoxicación por litio...avisan por deterioro mayor del nivel de consciencia y necesidad de diálisis la cual no saben (nefrología) si va a poder realizarse por la nula colaboración de la paciente. Nos avisan de nuevo para apoyar en la colocación del catéter femoral. A nuestra valoración inicial paciente con GW 12 (localiza al dolor y emite palabras inapropiadas). Desorientación temporoespacial franca. No obedece orden alguna, nula colaboración. Bradicardia de 50 lpm. TA 110/60 mmHg. ...sedación mediante propofol y midazolam en bolos para colocación de catéter femoral que resulta imposible por las características morfológicas de la paciente, por lo que finalmente se canaliza por vía yugular, con agitación franca que requiere contención mecánica y que no cede a pesar de la sedación (en total 100 mg de propofol y 10 mg de midazolam). Ante la imposibilidad para iniciar diálisis intermitente por la agitación psicomotriz decidimos ingreso en UCI e IOT. Se realiza mediante videolaringoscopia sin incidencias TET 7.5, se canaliza CVC yugular izquierdo. Iniciamos TRRC -terapia de reemplazo renal continuo- (imposible diálisis intermitente por falta de enfermería en nefrología). Pautamos 20 ml/h de terapia. 1700 ml/h de



GENERALITAT
VALENCIANA



dialisis, sin UF ni extracción. Dado el cuadro clínico larvado, que la litemia ya se encuentra en 1.5 y de cara a descartar otras posibles causas realizamos PL, además dejamos solicitada RM y EEG para mañana. Dejamos sedación con propofol y fentanilo en PC. ...Exploración física / Exploración física: CV: TA: 110/60 mmHg FC: 49 lpm; Sat: 100% FiO2 40%. AP: mvc sin sobreagregados... ingreso 24/5/22 a las 21:17 h., Nefrología, firmado 25/5/22 a las 23:44 horas: Intentamos colocación de CVC femoral derecho, que resulta infructuoso, se intenta de nuevo por parte de Intensivos, siendo imposible la colocación en miembro inferior debido a las dificultades debidas al abdomen de la paciente y a la agitación por la alteración neurológica que a pesar de sedación por parte de Intensivos resulta imposible. Finalmente se coloca CVC yugular derecho por parte de Intensivos, se intenta diálisis en miniagudos, sin embargo, debido a la agitación y pese a farmacología administrada, nos ponemos en contacto con MIN, que en colaboración con Intensivos deciden traslado a UCI precisando intubación y diálisis continua...a las 19:42 horas, Medicina Interna, Médicos responsables: Nefrólogo, Intensivista e internista. Diagnóstico: posible intoxicación por litio. Medicación: pantoprazol, enoxaparina, clopidogrel, Eutirox, paracetamol, amoxicilinaclavulánico, insulina aspártica. TCRR (terapia de reemplazo renal continuo): (Hcto 38 Peso 84 Dosis total 20 ml/h) (Mañana se programará diálisis intermitente por Nefrología). Hoy no disponible. ... Sedación: Propofol y fentanilo. Recomendaciones generales: aislamiento por SARS-COV-2, aislamiento contacto preventivo, cabecero a 30°, hoja neurológica y pupilas horarias. Monitorización BIS/PIS con Maximo c/2 h. BH c/8h. Si dolor torácico, ECG y avisar a MG. Si T^a >37.8°C o <35.5 °C---> Extraer hemos x 2+ urinocultivo y avisad MG para valorar. Control estricto de TA, Glucemia y T^a: Objetivo TAS 140-150 mmHg, Glu 140-180 y T^a >35°C, < 37,5°C. Cursar cultivos de colonización. Si T^a > 37.8 cursar 2 HC, 1 UC y un AT.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

El 26-05-2022 a las 9:22 horas, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Clínico, día 1 de ingreso en UCI por intoxicación por litio. ... Se paraliza sedación con intención de realizar ventana. La paciente comienza con agitación psicomotriz incontrolable, con mirada con superversión, sin conexión con el medio, hipertensión reactivas de hasta 230/110 mmHg. Se decide mantener sedación Hoy niveles de litemia en rango. IOT (ventilada en CMV con FiO2 0.4, PEEP 6, 15 rpm con Sat 02 100 %). ... Microbiología: -25/05 LCR pendiente, Coronavirus SARS-2 (COVID-19) - RNA POSITIVO (Ct = 33). ...Tras normalización de cifras de litio en sangre, retiro hemodiálisis y de momento mantengo con diuréticos...sedación profunda para RAS -3...Sospecha diagnóstica: intoxicación

medicamentosa por litio, ITU probable

-Nefrología, Hospital Clínico a las 12:04 horas,:
Paciente actualmente ingresada en UCI, niveles de litio en
rango. Tratamiento: TCRR (terapia de reemplazo renal continuo)
paralizar y devolver sangre: (Hcto 33% Peso 100 kg)-- >
niveles de litio en rango. Mañana NIVELES LITIO.

-27-05-2022 a las 14:49 horas, Intoxicación por
litio...Reduzco sedación, a mi valoración PSI 80, sin respuesta
a estímulos auditivos o dolorosos, pupilas isocóricas
normoreactivas. Extraemos también nueva PCR covid, última ct >
35. Permanece hemodinámicamente estable. Notas de Evolución,
Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Clínico, día 5º de
ingreso en UCI por intoxicación por litio. Diálisis el primer
día. EEG con actividad epileptiforme generalizada al ingreso.
Litemia ya corregida (domingo 0.53). Actualmente y en contexto
de reducir sedación para realizar EEG de control tendencia a
la HTA. Llevó NORA en probable relación con la sedación. Rx de
tórax: Empeoramiento radiográfico. Base derecha con derrame
pleural y aumento de condensación perihiliar izquierda. A
pesar de eso intercambio bueno...A vigilar...PLAN: Solicito
ECOCARDIO. Albúmina y aumento agua. Avanzar según resultado de
EEG. Se envía AT y colonizaciones para mañana. Mantengo ATB
hasta resultado AT (antibiograma).

-30/5/22: Medicina Preventiva, IC hecha desde Medicina
Intensiva: "Intoxicación por litio. Covid positivo... Ante
estos resultados microbiológicos, la sintomatología y el
tiempo transcurrido, desde medicina preventiva consideramos
que puede levantarse el aislamiento de la paciente con
seguridad. Sospecha diagnóstica: COVID. 15.-

-31/5/22: 11:11 horas, Notas de Evolución, Unidad de
Medicina Intensiva, Hospital Clínico. Día 6º de ingreso en UCI
por Intoxicación por litio. Diálisis el primer día. EEG con
actividad epileptiforme generalizada al ingreso. Litemia ya
corregida (Domingo 0.53)...PLAN: Avanzar en desventilar.
Sospecha diagnóstica: intoxicación medicamentosa por litio,
intoxicación por litio, ITU probable, COVID.

-En fecha 01-06-2022: 10:59, Notas de Evolución, Unidad
de Medicina Intensiva, Hospital Clínico. Día 7º de ingreso en
UCI por Intoxicación por litio Diálisis el primer día. EEG con
actividad epileptiforme generalizada al ingreso. Litemia ya
corregida (Domingo 0.53). EEG 27/05/22: Trazado con actividad
intercrítica epileptiforme generalizada de elevada
persistencia, con mejoría parcial tras el Midazolam. RMN
cerebral 27/05/22: Incipientes signos involutivos de atrofia
cortical cerebral y cerebelosa, siendo el sistema ventricular
de tamaño y morfología normal. Pequeñas áreas de
desmielinización hipóxica en sustancia blanca periventricular
frontoparietal bilateral, sin que en la actualidad se

adviertan áreas de restricción a la difusión que pudieran corresponder a isquemia aguda....PLAN: Pido nuevo EEG de control...CONCLUSIÓN: Trazado con brote-supresión, no reactivo, en contexto de severa encefalopatía. EEG 14:09: ausencia de sedación desde hace 36 horas...CONCLUSIÓN: El trazado descrito anteriormente, según criterios de Salzburgo, cumple criterios de estatus epiléptico no convulsivo.

-02-06-2022:Día 8º de ingreso en UCI por Intoxicación por litio. Diálisis el primer día. SITUACIÓN ACTUAL A pesar de retirada de sedación > 48, sigue sin conectar, y ayer de nuevo se evidenció estatus epiléptico con signos de encefalopatía (no se puede descartar que sea por sedación residual pero hoy se repetirá de nuevo). Se planteó a la familia la mala evolución neurológica y el mal pronóstico que supone la persistencia de actividad eléctrica incesante...A las 14:21: EEG: Trazado globalmente lentificado en contexto de encefalopatía severa, con actividad epileptiforme generalizada de elevada persistencia, que podría ser compatible con status epiléptico. Informo a sus hijas de la mala evolución con persistencia de la actividad epileptiforme y encefalopatía asociada. Decidimos agotar posibilidades terapéuticas y añado otro fármaco antiepileptico (fenitoína) asociado a valproato, levitacera y lacosamida...valorar el grado de encefalopatía...CONCLUSIÓN: Trazado globalmente lentificado en contexto de encefalopatía severa, con actividad epileptiforme generalizada de elevada persistencia, que podría ser compatible con status epiléptico

-En el día 3/6/22: 10:52 horas, Notas de Evolución, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Clínico. Seguimiento actual: Día 9º de ingreso en UCI 1. Intoxicación por litio con realización de diálisis en sus primeras 24h. 2. EEG con actividad epileptiforme generalizada al ingreso 3. Encefalopatía severa según informe de EEG Situación actual: Sin sedación, solo con perfusión de fentanilo. Apertura ocular intermedia con pupilas 2mm reactivas a la luz, reflejos de tronco conservados, sin embargo, no hay respuesta aparente a estímulo verbal. Al estímulo nociceptivo aparenta ligera retirada con MMII, no respuesta en MMSS. Monitor Massimo con valor de 20-30. A nivel hemodinámico sin medicación vasopresora, ritmo sinusal. A nivel respiratorio en PS 11 PEEP 8 FiO2 26% SaO2 98%. Auscultación sin sibilancias ni roncus. sin cambios con respecto a previa, borramiento de ambas bases, aparente cardiomegalia. Punta de TET en carina...Conclusión: Trazado paroxismo-supresión sin clara actividad epileptiforme en el registro actual compatible con encefalopatía severa. - 14:00 h, Notas de Evolución, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Clínico. Seguimiento actual: Se realiza nuevo EEG con resultado similar al día previo, se compara con los de los

días iniciales en donde se aprecia un empeoramiento progresivo. Se informa del mal pronóstico a la familia. Solicitan tiempo para tomar decisión, solicitando únicamente medidas de confort. Teniendo en cuenta que se realizará una LESV en las próximas 24/48h no se realiza cambio de vías. Se mantiene igual tratamiento.

El 04-06-2022: Notas Evolución enfermería, UE Medicina Intensiva, Hospital Clínico exitus a la 1:02 h. A las 1:43 horas, Unidad de Medicina Intensiva, Notificación de fallecimiento.

DATOS CLÍNICOS: 1. Intoxicación por litio con realización de diálisis en sus primeras 24h. 2. EEG con actividad epileptiforme generalizada al ingreso 3. Encefalopatía severa según informe de EEG Posible causa de exitus: Estatus epiléptico refractario. Encefalopatía severa irreversible.

TERCERO.- Que el art. 106.2 CE consagra el principio de responsabilidad patrimonial de la Administración al señalar que "los particulares, en los términos establecidos en la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos". El régimen de tal responsabilidad, cuyo conocimiento se atribuye, en todo caso, a los órganos de la jurisdicción contencioso-administrativa en los arts. 9.4 LOPJ y 2 e) LJ, se desarrolla en los arts. 139 a 146 de la LRJAP 30/1992 debiendo tenerse en cuenta, a su vez, el art. 121 LEF. Concretamente, el art. 139 citado establece que "los particulares tendrán 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". Desde el punto de vista de la doctrina y jurisprudencia emanadas en torno a este régimen, puede decirse que, para que surja la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración se requieren los siguientes requisitos: a) Un hecho imputable a la administración, siendo suficiente por tanto con acreditar que se ha producido en el desarrollo de una actividad cuya titularidad corresponde a un ente público. b) Un daño antijurídico producido, en cuanto detrimento patrimonial injustificado, es decir, que el que lo padece no tenga el deber jurídico de soportarlo. El perjuicio patrimonial ha de ser real, evaluable económicamente, efectivo y individualizado en relación a una persona o grupo de personas. c) Una relación de causalidad directa y eficaz, entre el hecho que se imputa a la administración y el daño producido. d) Ausencia de fuerza mayor, como causa ajena a la



**GENERALITAT
VALENCIANA**

organización y diferente del caso fortuito. El fundamento de este sistema se ha desplazado desde la perspectiva tradicional de la acción del sujeto responsable a la perspectiva del patrimonio del perjudicado, sin que ello signifique prescindir del requisito de la causalidad y por ello de la imputación (esto ha llevado a ciertos sectores doctrinales a criticar la denominación que reiteradamente se efectúa del régimen como de responsabilidad objetiva por generar equívocos que han provocado excesos). Es decir, el centro del sistema es el concepto de lesión que no puede entenderse en sentido vulgar o coloquial de perjuicio sino como pérdida patrimonial antijurídica. Esta antijuridicidad no deriva del hecho de que la conducta del autor sea contraria a derecho (antijuridicidad subjetiva) sino de la circunstancia de que tal pérdida no deba ser soportada por el perjudicado por existir un deber jurídico que se lo imponga, lo que supone que la antijuridicidad se predica del efecto de la acción como principio objetivo de garantía del patrimonio del administrado. De esta forma se exige para que aparezca el concepto de lesión, el perjuicio, la ausencia de causas de justificación de la producción del mismo respecto del titular y la posibilidad de imputarlo a la Administración. Este elemento de la imputación es esencial para el surgimiento de la responsabilidad no bastando la mera relación de causalidad pues es preciso que la lesión causalmente ligada a la acción u omisión pueda ser jurídicamente atribuida, en este caso, a quien constituye una persona jurídica. Así, la doctrina baraja diversos títulos de imputación como que el agente haya obrado en el ámbito de organización de aquella (lo que excluye la imputación en caso de contratistas, concesionarios o profesionales libres, en general), que se presuma externamente como expresión del funcionamiento del servicio público normal o anormal, la creación de un riesgo en beneficio de la actividad administrativa o el enriquecimiento sin causa. Es por ello, que no basta con atribuir causalmente el perjuicio al funcionamiento de un servicio, sino que es preciso atribuirlo jurídicamente en virtud de un título de imputación. Si al servicio público implicado no puede exigírsele en Derecho la neutralización del riesgo de que se trate, debe negarse que el daño en que se concrete ese riesgo sea consecuencia del funcionamiento del servicio y, con ello, debe negarse la imputación jurídica del daño a la Administración; y ello moviéndonos en el marco del requisito de la relación de causalidad, pues este es un requisito jurídico, que no se integra solo con la conexión física (en el plano de la realidad de hecho) entre el evento y la implicación del servicio público (aspecto fáctico del requisito que se traduciría en la regla conocida como "condito sine quanon"),

siendo precisa una posterior valoración, en términos de Derecho y con referencia al fenómeno jurídico de la responsabilidad, de esa conexión fáctica, valoración que se ha traducido en tesis como la de la causalidad adecuada o de la imputación objetiva del daño y que, en cualquier caso, persigue lo que es propio del material jurídico: la valoración racional de lo fáctico. A la conclusión que cabe llegar es que el sistema de responsabilidad de la Administración no es puramente objetivo en el sentido de prescindir de criterios jurídicos de imputación del daño para erigir la causalidad física en un único origen de la responsabilidad (no se alude aquí a la normalidad o anormalidad del funcionamiento en el sentido de conductas culpables o no culpables como criterios a los que tradicionalmente se ha referido la objetividad del sistema) ni tampoco subjetivo (culpa o funcionamiento anormal como criterio de imputación) sino un sistema policéntrico en el sentido de que existe una pluralidad de criterios jurídicos que permiten resolver el juicio de imputación. Esos títulos no sirven como criterios para resolver todos los supuestos.

En relación a esta materia, la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de septiembre de 2002 unifica criterios en torno al alcance de la denominada tradicionalmente responsabilidad objetiva de la Administración respecto al funcionamiento de sus servicios públicos, recordando que: «en reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo (se) tiene declarado, Sentencia de 5 jun. 1998, que "La prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro ordenamiento jurídico".» Y la STS de 6 de noviembre de 1999 afirma que "Debe, pues, concluirse que para que el daño concreto producido por el funcionamiento del servicio a uno o varios particulares sea antijurídico basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social. No existirá, entonces, deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y, consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable".

Hemos de entrar a analizar las circunstancias que concurren en el presente, sin que ello signifique la cuantificación de los daños producidos. Siendo lo bien cierto que, de lo actuado en el expediente administrativo, que las partes han dado por reproducido, se acredita la existencia del nexo causal entre la negligencia o mala praxis de la "Lex Artis" llevada por el personal sanitario.

Que de la doctrina expuesta, en aplicación a lo que consta debidamente acreditado en el expediente administrativo hemos de proceder a la estimación de la demanda instada por las recurrentes, dado que queda perfectamente clarificado el nexo causal ente el anormal o deficiente actuación de la Administración con el resultado dañoso y que fue el fallecimiento la madre de las recurrentes. La Administración ha reiterado en su escrito de contestación que ratifica y mantiene lo obrante en el expediente administrativo, pues bien en este consta y así existe transcrito en los diversos partes médicos que la Sra. [redacted] sufre durante más de 40 años, de depresión y trastorno bipolar, viniendo siendo tratada con el fármaco denominado Plenur-carbonato de litio-.

Así y del informe pericial emitido por D. [redacted] doctor en Medicina y especialista en Neurología, entre otras, pone de manifiesto que el fármaco "plenur" es un medicamento utilizado para prevenir y tratar trastornos bipolares y depresión mayor recurrente. Este tratamiento requiere un monitoreo (de los niveles de Litio) constante debido a su estrecho margen terapéutico y los riesgos de toxicidad. La aparición y gravedad de las reacciones adversas están relacionadas con las concentraciones plasmáticas de litio y la sensibilidad individual del paciente. Las reacciones adversas más comunes afectan el Sistema Nervioso Central (SNC), el sistema gastrointestinal y los riñones. En concreto los síntomas de afectación del SNC incluyen una variedad de efectos adversos que pueden ser clasificados según su frecuencia de aparición: Frecuentes: Somnolencia, cansancio, debilidad muscular, hiperirritabilidad muscular (fasciculaciones, mioclonía), temblor, cefalea (dolor de cabeza), disartria (dificultad para hablar o lenguaje empastado), dificultad para concentrarse (deterioro cognitivo). Poco frecuentes, síntomas extrapiramidales (rigidez en rueda dentada, hiperreflexia, hipertonia), hipertensión intracraneal benigna (se han descrito casos aislados de pseudotumor cerebral), mareo, vértigo, trastornos de la acomodación, pérdida de conciencia transitoria, estupor, coma, intranquilidad, distonía aguda, nistagmo vertical,



convulsiones, movimientos coreoatetoides. Y como muy raras: Encefalopatía, síndrome neuroléptico maligno, síndrome cerebeloso, síndrome de neurotoxicidad irreversible por litio (SILENT), miastenia gravis, síndrome serotoninérgico, parkinsonismo, ataxia (pérdida de coordinación).

Lo que viene a constar, como así recoge en el informe pericial, y que no ha sido cuestionado ni rebatido por la Administración demandada con una prueba fehaciente, que en la primera visita realizada por la Doña al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valencia, ya presentaba como síntomas un cuadro de mareo, desorientación, somnolencia, debilidad, lenguaje empastado, tos seca y disfonía, son síntomas del posible padecimiento de una intoxicación por litio. Toda vez que no podemos obviar que Doña era una paciente crónica de más de 40 años.

Y máxime y como así consta en el EA, esta presentaba en el

Examen Físico y Pruebas Realizadas en el día 19-05-2022, en la Exploración Física: o TA 88/50 mmHg (hipotensión) o Regular estado general, afebril, discreta deshidratación mucosa • Analítica: o Urea 71 mg/dL (valores normales: 20-50 mg/dL), indicador de posible daño renal o Sodio 133 mmol/L (valores de referencia: 135-145 mmol/L), indicador de hiponatremia • Otras Pruebas: o Radiografía de tórax: cardiomegalia y elongación de aorta, atelectasias bibasales o Electrocardiograma (ECG): ritmo sensual de 55 lpm (valor normal: 60-100 lpm) o PCR positiva para COVID-19". Y Exploraciones complementarias: Analítica: dentro de normalidad salvo, urea 71 mg/dl (20 - 50). Creatinina dentro cifras normales: 0,87. Sodio: 133 mmol/l (135-145), Proteína C Reactiva: 48,0 mg/L (0 - 5), Dímero D 950 ng/mL (<500). RX tórax: Cardiomegalia y elongación de aorta. Atelectasias bibasales. ECG: RS a 55 lpm Eje a -30° sin alteraciones en la onda T ni en el segmento ST Biología molecular: coronavirus SARS-2 (COVID-19) - RNA POSITIVO (Ct= 16.0)." Sin tener en consideración que el tratamiento activo, de esta es: noctamid 2mg 1 comprimido cada día crónico, eutirox 100mcg 1 comprimido cada día crónico, prisdal 20mg 1 comprimido cada día crónico, micardis 40mg 1 comprimido cada día crónico, **plenur 400mg 1 comprimido cada 12 horas crónico**, clopidogrel 75 mg 1 comprimido cada día crónico, nexium mups 40 mg 1 comprimido cada día crónico, cardyl 40mg 1 comprimido cada día crónico, buscapina 10 mg 1 envase cada 90 día/s crónico, parafludeten 650mg 1 comprimido cada 8 horas durante 252 días, tapentadol 50 mg 1 comprimido cada 12 horas durante 90 días (no lo usa).



GENERALITAT
VALENCIANA

No procediendo a llevar a cabo una analítica a fin de poder observar los niveles de litio sérico en sangre, siendo que como alega el Perito, los síntomas que presentaba la misma eran perfectamente compatibles y los mismos, que se describen como efectos secundarios en los enfermos personas crónico y que se les prescribe este tipo de fármacos. Así como el hecho de que el ser positivo en Covid-19, no descarta en modo absoluto como clarifica el Perito de parte la intoxicación por litio, ni reduce el índice de sospecha. Dado que como clarifica y concluye en el informe pericial emitido por este, la "intoxicación por litio puede aumentar en pacientes con COVID-19, dado por varios factores que pueden afectar la farmacocinética del litio y la salud general del paciente afectados por esta enfermedad y su tratamiento farmacológico. Factores que aumentan el riesgo de sufrir este tipo de intoxicaciones en pacientes con COVID-19; deshidratación, compromiso renal por daño renal directo.

Habiendo sido reconocido por la Inspección Médica y relaciona la intoxicación con litio en las siguientes infecciones virales: gripe, gastroenteritis viral, infecciones virales, infecciones respiratorias virales y el Covid19.

Siendo detectada la intoxicación, tras un periplo de altas Hospitalaria, vistas médica al Ambulatorio de Medicina General C.S. Alfahuir que fue remitida a urgencias HCU, dado el cuadro que presentaba:....*sigue igual. En resumen, cuadro de deterioro cognitivo brusco con alucinaciones visuales. En este contexto COVID+. No fiebre ni broncorrea. No disnea. Fue valorada en urgencias y dada de alta con diagnóstico de caso COVID19. Previamente podía estar sola a ratos. Cocinaba. Incontinencia de esfuerzo y nocturna pero ahora es continua. No reconoce a familiares... PLAN: Solicito analítica. Remitir a neuro con resultado"*, en fecha 23-05-2022. Resultando que en Urgencias del Clínico de La Malvarrosa... la detectaron restos de litio:2,15 mEq/L, así como le realizan otras pruebas adicionales tales como TAC, análisis, dado el cuadro de temblores y desorientación, se decide ingreso en MIN, siendo el diagnóstico principal intoxicación medicamentosa por litio. Diagnóstico secundario:confirmado covid-19 con síntomas, trastorno bipolar, a las 12:54h por el Informe de valoración de enfermería se refiere que la paciente pasa a MIN Y NEFRO para iniciar diálisis, debiendo de ser ingresada en al UCI , al no haber disponibilidad de camas, al ser un apaciente IABVD. Así, las cosas y tras la exploración física y valoración por Nefrología se informa por esta que dada la intoxicación por litio no está clara la afectación neurológica y cardiaca, se decide iniciar terapia renal sustitutiva. Se

habla con UCI, dado que no hay camas en el hospital, y la paciente debería ser trasladada a otro centro hospitalario, si bien y valorando el tiempo de demora que conllevaría, y ante la urgencia de iniciar la terapia de remplazo renal, se decide que se quede en el Hospital Clínico, para iniciar el turno tarde de tarde diálisis, yendo remitiendo la intoxicación de litio, si bien se añade una causa más al diagnóstico referente a ITU probable, infección del tracto urinario, para más tarde y ante no remitir el estado de la paciente que va empeorando, en el noveno día de UCI, se diagnostica, como causa del ingreso en la UCI: intoxicación por litio con realización de diálisis en sus primeras 24 horas, EFG con actividad epileptiforme generalizado al ingreso con actividad epileptiforme generalizada al ingreso. Y encefalopatía Servera, y tras diversas complicaciones fallece en fecha 1 de junio del 2022, Doña

De todo ello podemos concluir como así expresamente recoge el informe pericial con historial de hipotiroidismo, depresión y trastorno bipolar, estando en tratamiento con Plenur-carbonato de litio- desde hacía más de cuarenta años. En las visitas al Servicio de Urgencias los días 19 y 24 de mayo de 2022, así como a la consulta de su médico de familia el 23 de mayo, presentaba síntomas característicos de intoxicación por litio, incluyendo debilidad muscular, confusión, temblores, y alteraciones cardíacas. Queda perfectamente acreditado que al haber sido solicitado por interconsulta visita y valoración neurología, no se efectuó en modo alguno, concurriendo además la situación de que esta contrajo y fue diagnosticada al 19-05-2022 le fuera diagnosticado COVID-19. Debiendo de haber adoptado la diligencia debida, los facultativos que asistieron a esta una mayor diligencia, y cumplimiento de la LEX ARTIS en su tratamiento y sobre todo valoración, toda vez que es una enferma crónica, así como las contraindicaciones efectos secundarios y adversos de provoca el ingerir de forma regular y durante años el Plenur, debiendo de haber descartado en primer lugar que existiera, intoxicación por litio, dada la afectación que tiene con otra medicación. Y máxime al ser pacientes con Covid.

Como así se constató en fecha 24 de mayo de 2022, sospechan la intoxicación por litio. Si bien y pese a ser diagnóstica no se actuó adecuadamente, al ser atribuidos los síntomas al COVID-19, o más bien a la edad de la paciente, sin descartar como reconoce la diligencia de la LEX ARTIS, haber descartado la intoxicación por litio. Siempre atendiendo al tipo de fármaco y los efectos adversos que tiene con otros



fármacos. Y en vez de ser descartado, se procedió de forma contraria, a las advertencias del Plenur, no pudiendo ser motivo alguno de excusa o de contra alegación, que la paciente presentaba COVID-19.

Siendo lo relevante y objeto del presente, que el diagnóstico de la intoxicación de por litio, fue tardío. No tan siquiera hubo una sospecha o descarte de que fuera la consecuencia, y se procedió a la administración de muy diversa medicación, ante tantos flancos que presentaba Doña

Y como así pone de manifiesto el Perito de parte, con lo sencillo que es la aplicación de fluidoterapia como medida de soporte fue insuficiente, y no se implementaron adecuadamente las medidas de soporte como el uso de una bomba de infusión ni la monitorización estricta de las constantes vitales. Así como también el retraso en la Implementación de Hemodiálisis, tratamiento adecuado para la intoxicación por litio, se inició con más de 48 horas de retraso (contando desde la visita al centro de salud en la que había datos de afectación neurológica grave), tiempo durante el cual la paciente no fue monitorizada correctamente...se añadió que tuvieron que iniciar TRRC -terapia de reemplazo renal continuo- (imposible diálisis intermitente por falta de enfermería en nefrología). Completamente de acuerdo con la Inspección Médica cuando reconoce lo siguiente: Es decir, que ante la presencia de síntomas neurológicos graves como la propia confusión (esta paciente los presentó desde, al menos, el 23 de mayo de 2022 cuando acude con deterioro cognitivo severo y de aparición brusca, con alucinaciones visuales, sin reconocer a familiares) se debe aplicar hemodiálisis de manera urgente para evitar y/o detener el daño neurológico. Siendo la fluidoterapia el indicado, toda vez que la paciente no solo presentaba confusión sino que había sufrido un deterioro cognitivo brusco, severo, presentando alucinaciones visuales, incontinencia, dependencia, no reconocer a familiares. Así que la hemodiálisis le provocó la evolución de esta lo fuera de forma tórpidamente sin reaccionar a tiempo con la hemodiálisis. Lo que provocó el empeoramiento de los síntomas neurológicos de la paciente y en consecuente fallecimiento." Prueba de ello es que por la administración demandada solo asiente a lo llevado a cabo por los medios y centros que atendieron a la paciente, sin que en momento alguno, se dirija acreditación de los efectos y precauciones que hay adoptar cuando una paciente crónica lleva siendo tratada con plenur. Toda vez que en el informe de la Inspección Médica, reconoce que todo fue dirigido a ser una paciente con COVIS-19, reconociendo con ello la maña praxis médica, así como la existencia de



**GENERALITAT
VALENCIANA**



protocolos que adviertan de los efectos adversos y problemática que presenta un paciente tratado con plenur ante la administración de otros fármacos que puedan potenciar el carbonato de litio.

Es por lo expuesto por lo que procede declarar la existencia de nexo causal ante la existencia de una diagnóstico, tardía, así, como la falta de aplicación de las LEX ARTIS, ante la aplicación de un tratamiento no válido para la intoxicación por litio, así como el deficiente funcionamiento y falta de asistencia sanitaria a la finada, al ser derivada a un Hospital, que carece de los Servicios de asistencia sanitaria precisos, así como la falta de facultativos especialistas en las patologías que presentaba la madre de las recurrentes y la falta o escasa planificación de los protocolos necesarios en el Servicio Sanitario sistema de Salud Universal.

CUARTO.- En determinación del "quantum indemnizatorio", procede estimar la cantidad, solicitada por la parte recurrente, toda vez que se considera adecuada, al haber aplicado el baremo establecido en el la Ley 35/2025 de 22 de septiembre La Ley 35/2015, de 22 de septiembre, sobre reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en su Disposición Adicional Tercera, establece el baremo como referencia en los perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria. Accediendo a la indemnización para ambas de las recurrentes en la cantidad de 55.728,10 €, que resultan de la aplicación de:

Indemnización correspondiente a Doña
PERJUICIO PERSONAL BÁSICO (TABLA 1.A)-Categoría3.
Los descendientes A cada hijo que tenga más de 30 años:21.940,20 €
PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR (TABLA 1.B)
-Fallecimiento del progenitor único (25%) 5.485,05 €
PERJUICIO PATRIMONIAL (TABLA 1.C)
-Daño emergente. Sin necesidad de justificación.438,80€
TOTAL..27.864,05 €

Indemnización correspondiente a Doña
PERJUICIO PERSONAL BÁSICO (TABLA 1.A)-Categoría 3.Los descendientes A cada hijo que tenga más de 30 años:21.940,20 €
PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR (TABLA 1.B) 19
-Fallecimiento del progenitor único (25%)5.485,05 €
PERJUICIO PATRIMONIAL (TABLA 1.C) - Daño emergente. Sin



**GENERALITAT
VALENCIANA**

necesidad de justificación.438,80€ TOTAL : 27.864,05 €

Que desde ya hemos de estimarlo peticionado, toda vez, que ante la mala y/o deficiente praxis llevada a cabo la jurisprudencia del TS, ya establece la existencia de un daño moral ante la existencia de una situación de estrés emocional y ansiedad vivida por la recurrente. Siendo cierto que la cantidad cuantificada, puede ser excesiva ante la inexistencia de una prueba pericial que la determine, es más cierto que tratándose de un perjuicio que en su momento no tenía el por qué soportar la recurrente, ante la falta de diligencia debida del Servicio de obstetricia, e imputable, en los términos expuestos, al funcionamiento del servicio, teniendo en cuenta que la prestación médica es una obligación de actividad y no de resultado de modo que el paciente solo tiene derecho a ser asistido adecuadamente pero no a ser curado. Igualmente, otro elemento fundamental es la antijuridicidad del daño, no bastando, por ello, el simple detrimento patrimonial. Así, la STS de 25-4-2002 establece que "El motivo no puede prosperar por cuanto para que exista responsabilidad patrimonial la lesión debe ser antijurídica, lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso ". En la de 7 de julio del mismo año, dictada en el recurso de casación núm. 4776/2004, dijimos que " La responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa [por todas, véanse las sentencias de esta Sala de 11 de mayo de 1999 (casación 9655/95 , FJ5º), 24 de septiembre de 2001 (casación 4596/97 , FJ5º), 23 de noviembre de 2006 (casación 3374/02 , FJ5º), 31 de enero de 2008 (casación 4065/03, FJ2 º) y 22 de abril de 2008 (casación 166/05 , FJ3º)], se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente, como así dice recoge la STS de 27 de Noviembre de 2012 (Rec. Casación 5938/2011), por cuanto lo indemnizable no es el daño en sí sino la pérdida de esa oportunidad de modo que la indemnización debe



GENERALITAT
VALENCIANA



ponderarse en atención a dos elementos de difícil concreción como son "el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo" (SSTS 22 de mayo de 2012, recurso de casación 2755/2010, y de 19 de octubre de 2011, recurso de casación 5893/2011, 3 de julio de 2012, Rec. casación 6787/2010).

Es por lo que se considera del todo adecuado la indemnización a la recurrente por ese daño moral y perjuicios ocasionados a las hijas de la finada, **se considera adecuando la concesión de la indemnización en la cuantía de 55.728,10€ €** por los daños morales sufridos ante el mal o deficiente funcionamiento del servicios sanitarios, quienes por la mala praxis y considerar la LEX ARTIS, provocaron el final desenlace de la madre de las recurrentes, al no adoptar todas y cada una de las medidas adecuadas, en cuanto considerar desde el principio de la primera asistencia en urgencias, que se trataba de una paciente crónica tratada con plenur, así como el error de tratamiento de aplicar diálisis, cuando lo aconsejable es la aplicación de fluidoterapia, toda vez que se llevó a cabo de forma muy tardía ser diagnosticada por intoxicación de litio, así como de ser dirigida a un Centro Hospitalario, que tenía falta de camas, y los servicios necesarios para dar el tratamiento adecuado, así como de no existir o no aplicar los protocolos necesarios y recomendado para este tipo de intoxicaciones.

Es cierto que la parte actora en aplicación del baremo de tráfico, a modo de modelo de cuantificación, lo fue por aborto, pero es lo más cierto que por la culpa "in vigilando" se indujo a llevar a cabo a esta, la actora, una opción no querida por ella, conculcando los principios rectores de la Lex artis, es por lo que es indiscutible que se le produjo un daños moral, difícil de valorar pero que estimados en la cantidad aquí determinada.

Es por todo lo expresamente expuesto por lo que procede la estimación de la demanda instada por las recurrentes.

QUINTO.-De conformidad con el criterio mantenido por el art. 139.1 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, procede la condena en costas procesales a la Administración demandada en cantidad límite máximo de 950 €, más iva.

Vistos los artículos de general y pertinente



**GENERALITAT
VALENCIANA**

aplicación.

FALLO

QUE ESTIMO el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Procurador de los Tribunales Sr en nombre y representación de las recurrentes D^a y D^a contra la Resolución dictada por el Subsecretario de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana dictada en fecha 19 de junio del 2025 por la que se desestima la solicitud de reclamación por responsabilidad patrimonial presentado en su día. En expediente administrativo núm.159/2023. Que se ANULA y se deja sin efecto alguno. Condenando a la Administración demandada a estar y pasar por tal declaración. Y se reconoce como situación jurídica individualizada a cada una de las recurrentes la indemnización por los daños y perjuicios sufridos en la cantidad de 27.864,05 € a cada una de ellas, por los daños y perjuicios sufridos, más los intereses legales. Y con expresa condena en costas procesales a la Administración demandada en cantidad límite máximo de 950 €, más iva.

Notifíquese esta resolución a las partes, indicándoles que contra la misma NO cabe la interposición de recurso de apelación, habida cuenta de la doctrina mantenida por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (expresada, entre otros, en el Auto número 267/2020 de su Sección Quinta, dictado en fecha 16 de diciembre de 2020 en el Rollo de Apelación número 305/2020), ya que ninguna de las liquidaciones supera el importe de 30.000 euros.

Así por esta mi sentencia la pronuncio, mando y firmo.
Doy Fé.

PUBLICACIÓN.-En el mismo día ha sido leída y publicada en audiencia pública la anterior sentencia por la Ilmoa. Magistrado/a-Juez. Doy fe.

Conforme a lo dispuesto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, para **RECURRIR** una resolución será necesario constituir **DEPÓSITO** por importe de **25 €** (si se recurre en reposición una resolución judicial que no pone fin al proceso o en revisión una resolución del Letrado de la Administración de Justicia) o por



importe de **50 €** (si se recurre en **apelación** o revisión de sentencia firme) o por importe de **30 €** (si se recurre en queja). **Al interponerse** el recurso deberá acreditarse haberse consignado la cantidad objeto de depósito en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones abierta a nombre de este Juzgado en BANCO SANTANDER. En ningún caso se admitirá una consignación por importe diferente al indicado. El depósito le será devuelto sólo en el caso de que el recurso sea estimado, total o parcialmente.

En el caso de que deba realizar otros pagos en la misma cuenta, deberá verificar un ingreso por cada concepto, incluso si obedecen a otros recursos de la misma o distinta clase.

Están exentos de constituir el depósito para recurrir quienes tengan reconocido el derecho a litigar gratuitamente, el Ministerio Fiscal, el Estado, las Comunidades Autónomas, las entidades locales y los organismos autónomos dependientes de todos ellos.

A) Si se hace el ingreso en caja

Los **16 dígitos** que componen la cuenta-expediente en la que tiene que efectuar el ingreso son los siguientes:

a)	El	F	F	F	F	G	G	G	G	H	H	M	M	M	M	N	N	
		4	4	0	5	0	0	0	0	2	2	0	*	*	*	*	*	K
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	

CONCEPTO por el que hace el ingreso: se indicará el **código y nombre del recurso** (ejemplo: **20 CONTENCIOSO-SÚPLICA**). A continuación se indicará la fecha de la resolución recurrida con el formato DD/MM/AAAA.

b) H H: TIPO DE RECURSO: REPOSICIÓN CONTRA RESOLUCIÓN JUDICIAL: **20**

REVISIÓN: **21**

APELACIÓN: **22**

QUEJA: **23**

REVISIÓN SENTENCIA FIRME: **25**

c) M M M M: NÚMERO DEL PROCEDIMIENTO, completando con ceros a la izquierda

d) NN: AÑO DEL PROCEDIMIENTO

B) Si se hace el ingreso por transferencia:

1. Emitir la transferencia a la cuenta bancaria de **20 dígitos** (CCC) siguiente:



GENERALITAT
VALENCIANA

2. En el campo **BENEFICIARIO**, se identificará al Juzgado que ordena el ingreso.

3. En el campo **"OBSERVACIONES O CONCEPTO DE LA TRANSFERENCIA"**, se consignarán los **16 dígitos** del apartado A), seguidos de **ESPACIO**, código y nombre del recurso (ejemplo: **4405000020056209 20 CONTENCIOSO-SÚPLICA**). A continuación se indicará la fecha de la resolución recurrida con el formato DD/MM/AAAA.

MUY IMPORTANTE: Estos 16 dígitos correspondientes al Procedimiento tienen que consignarse en un solo bloque. Es importante que este bloque de 16 dígitos este separado de lo que se ponga en el resto del campo por espacios.

Si no se consignan estos dieciséis dígitos o se escriben erróneamente, la transferencia será repelida por imposibilidad de identificación del expediente judicial y será devuelta a origen.

Banco Santander tiene habilitada la línea telefónica **902 24 24 24** para **dudas, consultas, incidencias o reclamaciones** de ciudadanos y profesionales de la justicia relacionadas con los



ingresos en las cuentas de depósitos y consignaciones judiciales.

Carlos Sardinero García
ABOGADO
C/ ALBERTO AGUILERA 34 - ENTREPLANTA F
28015 - MADRID
TEL: 91 686 91 60 - 91 448 96 92



GENERALITAT
VALENCIANA