

NOT 1/2/13

**JUZGADO DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO Nº 5 DE
SEVILLA
PROCEDIMIENTO ORDINARIO Nº 30/07**

SENTENCIA nº 25

En Sevilla, a 30 de enero de 2013.



Vistas por Dña.MILAGROS VILLOSLADA PARRA, Magistrada-Juez del Juzgado Contencioso-Administrativo nº 5 de los de Sevilla, las presentes actuaciones de Procedimiento Ordinario sobre responsabilidad patrimonial, seguidas con el número 30/07, e iniciadas en virtud de demanda deducida por D. [REDACTED], representado y asistido por el Letrado D. Jose A. Ramos Mesonero, contra el Servicio Andaluz de Salud, asistido y representado por la letrada Dña. Maria Teresa Gallardo López, y contra la entidad aseguradora ZURICH ESPAÑA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la Procuradora Dña. Julia Calderón Seguro y asistida por el letrado D. Javier Moreno Alemán, dicta en nombre del Rey la presente, con fundamento en los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En las presentes actuaciones sobre responsabilidad patrimonial que se sustancian por las reglas del Procedimiento Ordinario con el nº 30/07, se interpuso recurso contencioso-administrativo frente a la resolución del Servicio Andaluz de Salud desestimatoria presunta, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. [REDACTED] en fecha de 14 de junio de 2006.

SEGUNDO.- Mediante Providencia se admitió a trámite el recurso interpuesto, solicitándose la remisión del expediente administrativo a la Administración demandada, y una vez recibido el mismo, mediante providencia se hizo entrega del expediente a la parte actora a fin de que formalizase la demanda en el plazo de veinte días.

En fecha de 14 de mayo de 2007 se presentó escrito formalizando la demanda, en el que, tras alegarse los hechos y fundamentos de derecho estimados de aplicación, se solicitó en el suplico se dictase Sentencia en virtud de la cual se condenase al Servicio Andaluz de Salud al pago al actor de la cuantía de 56.184,79 €.

TERCERO.- Dado traslado a la Administración demandada a fin de que formulase el escrito de contestación a la demanda en el término de veinte días, por la letrada del Servicio Andaluz de Salud se presentó el correspondiente escrito de contestación a la demanda.

De igual forma, por el letrado de la entidad aseguradora ZURICH se presentó el correspondiente escrito de contestación a la demanda.

Mediante Auto se tuvo por contestada la demanda, se fijó la cuantía del recurso en 56.184,79 €, y se acordó el recibimiento del pleito a prueba.

Practicada la prueba propuesta y admitida a instancia de las partes con el resultado obrante en autos, se declaró finalizado el período de prueba y se dio traslado a las partes a fin de que, en su caso, solicitasen el trámite de conclusiones. Solicitado y acordado el trámite de conclusiones, y presentados escritos de conclusiones, mediante Providencia de fecha 6 de febrero de 2012 se declararon los autos conclusos para Sentencia.

CUARTO.- En la tramitación de este procedimiento se han observado las prescripciones legales, a excepción del plazo para dictar Sentencia, habida cuenta la gran carga de trabajo existente en este Juzgado.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Constituye objeto del presente recurso la resolución del Servicio Andaluz de Salud desestimatoria presunta, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. [REDACTED] en fecha de 14 de junio de 2006.

SEGUNDO.- Debe partirse de lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y procedimiento administrativo Común, así como en el Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/93, de 26 de marzo, disposiciones a que debe entenderse referida la remisión contenida en el artículo 54 de la Ley de Bases de Régimen Local. Esta modalidad de Responsabilidad, configurada como un tipo de responsabilidad objetiva y directa de la Administración, según reiterada doctrina y jurisprudencia, exige los siguientes presupuestos:

- a) La efectiva realidad del daño y perjuicio, evaluable y económicamente individualizado, en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrido por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente por su propia conducta (STS 13-7-1995).

Por otro lado, es doctrina constante del Tribunal Supremo, ya desde la Sentencia de 26 de mayo de 1.986 y luego reiterado en numerosísimos pronunciamientos (13-10-1.992, 15-3-1.993, 5-12-1.994, etc), que la obligación asumida por el médico respecto al paciente, tanto en la faceta contractual cuanto en la extracontractual, no es de resultado, no consiste en obtener en todo caso su recuperación, sino de medios, de procurarle todas las técnicas y cuidados que requiera y actuar con la diligencia propia de sus especializados conocimientos, siguiendo las pautas que le marque la *Lex artis ad hoc* según el estado de la ciencia.

TERCERO.- En el presente caso, por la letrada de la Administración sanitaria se alega: Falta de antijuridicidad del daño e inexistencia de nexo causal entre el daño y el funcionamiento del servicio; con carácter subsidiario, ser desproporcionada la cuantía reclamada en concepto de indemnización.

Por el letrado de la entidad aseguradora ZURICH se alega: Inexistencia de nexo causal; ausencia del requisito de la antijuridicidad en el daño sufrido por el paciente; subsidiariamente, ser excesivas las cantidades reclamadas.

En cuanto al fondo del asunto, examinado el expediente, nos encontramos con lo que sigue:

Que en lo que concierne a la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga, debe tenerse en cuenta el informe del Jefe de la Sección de Urgencias (folios 78 y 79) en relación con los documentos obrantes a los folios 16 y siguientes del expediente, siendo así que en el apartado de Anamnesis y Exploración clínica de la Historia de Urgencia (folio 18) se hace constar que "(..) Le ha ocurrido alguna vez de forma autolimitada pero no esta intensidad", poniéndose de manifiesto en el referido informe que "El Sr. [REDACTED] acudió a nuestro Area de Urgencia el día 23 de diciembre del 2004 a las 01:53 horas, siendo diagnosticado de una hemorragia

subaracnoidea aguda con ingreso hospitalario, inicialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente en el Servicio de Neurología (..)"

Que se considera especialmente relevante el Informe Neurológico obrante a los folios 55 y siguientes, en el que aparece como motivo de consulta el de "Cefalea brusca", siendo las pruebas realizadas las de radiografía de tórax, TC craneal y Arteriografía Cerebral, revelando el TC craneal la existencia de una "hemorragia subaracnoidea en cisternas basales" y no evidenciando la arteriografía cerebral aneurisma, MAV o vaso espasmo, siendo realizada esta última prueba al ingreso y a las 2 semanas. El diagnóstico principal fue el de "hemorragia subaracnoidea no aneurismática", y se indicó dentro del tratamiento el suministro de (..) 3.- DECADRAN 4 mg. I.M./48 horas durante 7 días. Luego suspender.(..)"

Que no obstante lo anteriormente dicho, en la hoja de medicación (folios 29 y siguientes) figura que el día 27 de diciembre se suministró al paciente Decadrán 8 mg. IM en tres ocasiones (cada 8 horas), que el día 30 de diciembre se le suministró Decadrán 12 mg. IM cada 12 horas (modif. 31.XII), y que el día 3 de enero de 2005 se le suministró Decadrán 8 mg. IM cada 12 horas, y en la hoja de prescripciones obrante a los folios 41 y siguientes el día 27 de diciembre de 2004 se indica el suministro de Decadrán 8 mg/ 8 horas, el día 30 de diciembre el suministro de Decadrán 24 mg IM/ 24 horas y el día 3 de enero de 2005 el suministro de Decadrán 8 mg./24 horas.

Por lo que concierne a la evolución del paciente, obra Hoja de Curso Clínico a los folios 43 y siguientes en la que se hizo constar que el día 28 de diciembre de 2004 el paciente refirió cefalea que cedió a la analgesia y el día 3 de enero de 2005 presentaba leve cefalea, siendo dado de alta el día 5 de enero de 2005.

Por otro lado, en lo que concierne a la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga en el día 8 de enero de 2005, debe tenerse en cuenta el informe del Jefe de la Sección de Urgencias (folios 78 y 79) en relación con los documentos obrantes a los folios 3 y siguientes del expediente, poniéndose de relieve en el referido informe al respecto que "el día 8 de enero del 2005 acudió a nuestro Área en dos ocasiones:

- a las 15:33 horas, por presentar dolor desde esa mañana, de carácter punzante que aumenta con los movimientos respiratorios. Se realiza la oportuna historia clínica, con la toma de constantes, encontrándose afebril, hemodinámicamente estable, normotenso y normocardiaco, con saturación basal de oxígeno, por pulsíometría, del 98 %, y en la anamnesis el paciente no

refiere tos ni fiebre ni disnea, con una exploración clínica, en la que en la auscultación respiratoria no se objetiva ruidos respiratorios anómalos. Se realiza un Rx de tórax, informada en el informe clínico como normal. Durante su estancia se administra tratamiento analgésico y en el informe de alta, con el diagnóstico de dolor torácico de características no isquémicas, se remite a su médico de cabecera aconsejando tratamiento con antiinflamatorio no esteroideo.

- a las 23:12 horas acude nuevamente por persistir durante la tarde un dolor punzante en la región submamaria izquierda, que aumenta con los cambios posturales y los movimientos respiratorios. Se realiza apertura de nueva historia clínica con toma de constantes, estando normotenso, normocárdico y afebril, y se realiza la anamnesis y exploración por el mismo facultativo que le atiende en su consulta anterior, que no objetiva cambios en la exploración clínica, realizando una nueva radiografía de tórax, que es informada otra vez como normal. Durante su estancia se pauta tratamiento analgésico y se remite a su médico de cabecera reajustando el tratamiento modificando la pauta analgésica.

No hay constancia que el paciente acudiera de nuevo a nuestro centro los días siguientes, hasta el día 11 de enero fecha en la que refiere su atención en la clínica el Ángel.”

Que obra al folio 11 Informe de fecha 11 de enero de 2005 de la Clínica El Angel en el que se hizo constar que “Se ha realizado angioTAC de pulmonares con inyección de contraste por vía endovenosa identificándose imágenes de trombos que afectan descendente anterior, así como también la posterior, con área de condensación paracardiaca derecha con broncograma aéreo.

También son visibles imágenes compatibles con pequeños trombos en la descendente izquierda aunque con mucha menor afectación.

En las grabaciones para mediastino, son visibles adenopatías aisladas en la grasa prevascular, como así también retrocavo pretraqueal.

No se objetivan imágenes sugerentes de trombos en el tronco de la pulmonar ni en las ramas principales.

Resto de la exploración sin otros datos significativos.”

Que obra informe de alta de la referida clínica privada (folio 12) del que resulta: que el recurrente permaneció ingresado en la misma desde el día 11 hasta el día 28 de enero de 2005; que el mismo presentaba desde hacía tres días “dolor costal derecho, de características pleuríticas, junto a febrícula, que

dificulta la respiración”, habiéndosele realizado exploración física así como pruebas complementarias consistentes en analítica de sangre y orina, Rx tórax y el referido AngioTAC pulmonar, así como EcoDoppler venoso de MM II; que en el TAC de tórax de control realizado el día 21 de enero de 2005 se observaron “imágenes de consolidación densa con broncograma aéreo, visibles en ambos parénquimas pulmonares, aunque mayor afectación del lado derecho, con adenopatías aisladas en mediastino y (axilas)”); que el diagnóstico principal fue el de “neumonía basilar intrahospitalaria” y “Tromboembolismo pulmonar”, y el diagnóstico secundario el de “hemorragia subaracnoidea no aneurismática.”

Que consta al folio 62 informe de fecha 10 de julio de 2005 acreditativo de que en fecha de 26 de mayo de 2005 se solicitó Rm de cráneo, la cual fue realizada en fecha de 9 de junio de 2005, con el resultado de “Múltiples pequeñas lesiones nodulares en sustancia blanca profunda y córtico-subcortical bihemisféricas supratentoriales y en troncoencefalo. Sin edema ni efecto masa. Sin alteración de señal en hematosiderina y sin restricción de difusión. Sugieren patología vascular isquémica evolucionada, pero recomendamos estudio craneal con contraste para descartar otras posibilidades. Angio RM de PW. (..)”, y consta a los folios 46 y siguientes hoja del curso clínico de la atención dispensada en el servicio de neurología desde el 24 de mayo de 2005 hasta el día 20 de enero de 2006, obrando informe de la referida fecha al folio 66.

Que también se considera relevante el informe de fecha 15 de diciembre de 2005 (folio 14), del Servicio de Neumología del Hospital Carlos Haya, en el que se hace constar lo que sigue:

“Paciente de 55 años ingresado en Hospital Regional Carlos Haya en Dic-2004 por cuadro de hemorragia subaracnoidea no aneurismática. Posteriormente es ingresado en Clínica El Angel por presentar cuadro de dolor costal derecho de características pleuríticas, junto con febrícula. Se realiza AngioTAC compatible con Tromboembolismo Pulmonar, iniciándose tratamiento con HBPM. Acude al mes y medio de su alta a nuestra consulta, habiéndose suspendido la HBPM un mes antes. Reiniciamos tratamiento con HBPM realizándose Ecocardiograma donde no se evidencian datos de sobrecarga derecha. Tras consultar con su Neurólogo se pasa a anticoagulación con Sintrom que se mantiene hasta Octubre-05. Previamente se ha realizado gammagrafía V/Q que es negativa para TEP y Doppler de MMII donde no se observan alteraciones. (..) Pruebas funcionales

respiratorias: FVC 2.62 (72%) FEV1 2.99 (80%) FEV1/FVC 82%. Juicio Clínico: Tromboembolismo pulmonar. Hemorragia subaracnoidea no aneurismática.”

Que obra a los folios 67 y siguientes Informe pericial del Dr.Santos Canónico, el cual ha sido ratificado por el mismo en los autos principales, del que cabe destacar lo que sigue: “ (...) 6. Resulta evidente que se produjeron fatales errores de estudio, valoración adecuada de la situación clínica, precipitación diagnóstica, falta de información al paciente, inadecuación en la gestión en el departamento de diagnóstico por la imagen, alta precipitada, falta de realización de pruebas complementarias, conjunto asistencial inadecuado, valoración (tratamiento) de la situación clínica del informado visto la sintomatología que ~~ya~~ ~~estaba~~ ~~presentando~~ (cefalea con sintomatología neurológica aguda); llegándose ~~incluso~~ ~~a~~ ~~extraviar~~ pruebas diagnósticas, incorrecta interpretación de las mismas que han llegado a causar un retraso diagnóstico y terapéutico, que le han causado unas secuelas al informado que no tiene el deber de soportar (...) Consideraciones generales:

1. El paciente consultó en un servicio de urgencias hospitalario por una cefalea aguda, siendo diagnosticado de Hemorragia Subaracnoidea, que conllevó un ingreso en UCI y posteriormente en planta, siendo dado de Alta Hospitalaria con tratamiento medicamentos domiciliario que consistía en:
Decadran 4 mg/48 horas. Durante 7 días. Luego suspender (Firmado por el Dr. Jose Antonio Tamayo, Médico Adjunto del Hospital Carlos Haya) (..)
4. El Decadran se empleó por primer día el 27/12/04 en la dosis de 8mg intramusculares cada 8 horas, que posteriormente fue modificada a fecha de 30/12/04 (modificado a fecha de día 31/12/04) a 12 mg cada 12 horas, y que posteriormente fue vuelta a modificar a fecha de 3/01/05 a una pauta de Decadran 8 mg im cada 12 h. (Lejos de las fórmulas propuestas en el apartado de posología de la última ficha técnica aprobada en mayo de 2005)(..)
8. Que el paciente acudió de nuevo a los servicios de urgencias del Hospital Universitario Carlos Haya tras el alta, por cuadro de dolor torácico “dolor como en puñalada en región submaxilar izquierda...”; siendo dado de alta sin realizar todas y cada una de las pruebas pertinentes y necesarias al caso que hubiesen descartado un TEP y la Neumonía basal derecha intrahospitalaria (..), y siendo medicado al alta con Droal sbc in situ, Nolotil im (..) Así como posteriormente al no prestarle una asistencia adecuada, y al continuar con sus molestias se vio obligado a solicitar asistencia a un centro asistencial privado el día 10/01/05, que al cabo de pocas horas cursó su traslado e ingreso en la Clínica el Angel de Málaga a fecha de día 11/01/05 (..)

9. Que se han omitido pruebas diagnósticas, exploraciones y una anamnesis más detallada que hubiera supuesto una mejor oportunidad para realizar y llevar a cabo un diagnóstico más certero desde el principio, y no llegándose al mismo de una forma más que retrasada cuando los hallazgos y signos de alarmas eran más que evidentes incluso para no doctos en la materia al contar el Hospital Carlos Haya con los medios necesarios para ello.(..)"

Finalmente, en la documental adjunta a dicho informe pericial se hizo constar como una de las posibles reacciones adversas al Decadran la de Trombocmbolismo.

Por lo que concierne a la prueba obrante en los autos, deben hacerse las siguientes consideraciones:

Que obra al folio 116 documental aportada por el SA en la que consta que la dexametasona (Decadran, Fortecortin) está indicada en el tratamiento de la hemorragia subaracnoidea, a una dosis inicial de 8 mg IV y de mantenimiento de 4 mg/6 horas IV.

Que obra a los folios 208 y siguiente informe pericial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, emitido por el Dr. Durán Ferreras, especialista en Neurología, con el contenido que sigue:

En respuesta a la pregunta 1 "Si estaba indicado y resultaba adecuado para el tratamiento de la patología que presentaba el paciente la administración del medicamento decadrán y si las dosis prescritas fueron correctas", "(..) en términos generales, no existen pruebas de efectos beneficiosos o adversos de los corticosteroides para los pacientes con hemorragia subaracnoidea o intracerebral. Los intervalos de confianza son amplios e incluyen efectos clínicamente significativos en ambas direcciones." (..) Dado que el principio activo del decadran es la dexametasona, perteneciente al grupo de los esteroides o glucocorticoides, no parece inadecuado utilizar dicho fármaco en un paciente con HSA. Respecto a la dosis de decadran, es variable en función de las características del paciente, de la enfermedad que queramos tratar y de la gravedad de la enfermedad en cuestión. (..) Respecto a su empleo en el edema cerebral indica que será "8 mg IV, continuar con 4 mg/6 h IM hasta remisión, normalmente a 12-24 h, reducir dosis después 2-4 días y retirada gradual en 5-7 días. O bien, iniciar: 40-100 mg IV, dosis posterior 4-8 mg/2-4-6 h o 16 mg/6 h IM dependiendo de la gravedad del cuadro clínico."

En respuesta a la pregunta 3, "Si el tromboembolismo pulmonar fue causado

por la toma de decadrán (..)", "El principal desencadenante de tromboembolismo pulmonar (TEP) es la migración de un émbolo (un coágulo de sangre) que habitualmente procede de una trombosis venosa profunda en las piernas en pacientes cuyo principal antecedente es la inmovilidad, especialmente si no se administra heparina de forma preventiva. (..) En cualquier caso, nos remitimos a la respuesta a la pregunta 5."

En respuesta a la pregunta 4, "Si se considera correcta el alta expedida al paciente el 5 de enero de 2005", "(..) Creemos que el informe de alta es absolutamente correcto."

En respuesta a la pregunta 5, relativas a si las asistencias prestadas por el servicio de urgencias el día 8 de enero de 2005 fueron acordes con los protocolos médicos, "El motivo de consulta fue un síntoma (dolor torácico) que al parecer fue finalmente debido a un TEP y una neumonía. Dado que se trata en ambos casos de patologías del aparato respiratorio, creemos que la persona idónea para hacer esta valoración (que se escapa de nuestra área de conocimiento) sería un facultativo especialista en aparato respiratorio (Neumólogo).

En respuesta a las preguntas 6 y 7, relativas a si existió una retrasación en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar y neumonía atribuible a los facultativos del Hospital Carlos Haya, y si la neumonía diagnosticada al recurrente en la clínica privada "El Angel" fue contratada en el Hospital Carlos Haya y debida a una falta en los debidos medios de asepsia y prevención en el Hospital, se remitió a la respuesta dada a la pregunta 5.

Así pues, y en lo que concierne a la cuestión relativa a la administración del medicamento Decadrán en el Hospital Universitario Carlos Haya, de la valoración conjunta de la prueba obrante tanto al expediente como en los autos principales, resulta acreditada la prescripción de dicho medicamento al recurrente, siendo así que, si bien se considera que cabe la prescripción de dicho medicamento para el tratamiento de la hemorragia subaracnoidea, existen dudas razonables en lo que respecta a la corrección de las dosis suministradas, habida cuenta las discrepancias existentes entre las dosis recomendadas para estos casos tanto en la documental aportada por el SAS junto con su escrito de contestación a la demanda como en el informe de neurología obrante al folio 55 y siguientes del expediente y las dosis que se hacen constar en la hoja de medicación y en la hoja de prescripciones.

Por otro lado, y en lo que concierne a la asistencia dispensada en el Servicio

de Urgencias del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga en el día 8 de enero de 2005 (tan solo tres días después de haber sido dado de alta el recurrente), se considera que las pruebas realizadas al recurrente fueron insuficientes, debiéndosele haber realizado pruebas complementarias tales como AngioTAC pulmonar, así como EcoDoppler venoso de MM II, pruebas estas últimas que sí le fueron realizadas en la clínica privada el Angel, revelando el AngioTAC pulmonar practicado la existencia de Tromboembolismo pulmonar.

Por todo lo expuesto, se aprecia una asistencia no conforme a la "lex artis", o cuando menos, un retraso en el diagnóstico del Tromboembolismo pulmonar padecido por el recurrente, debiendo por tanto declararse la responsabilidad patrimonial del SAS.

CUARTO.- Así pues, queda por resolverse la cuestión relativa al quantum indemnizatorio, debiéndose hacer al respecto las siguientes apreciaciones:

Que habida cuenta la fecha de producción de los daños, se considera de aplicación, a modo orientativo, el Baremo para el año 2005.

De este modo, corresponde al recurrente una indemnización por los 15 días de ingreso hospitalario desde el 11 de enero de 2005 al día 28 de enero de 2005 (la cual no ha sido objeto de impugnación), a razón de 58,19 €/día, sin que haya lugar a aplicarse el 10% del factor de corrección por no resultar acreditados los ingresos netos anuales del recurrente, resultando la cantidad de 989,23 €.

Por lo que concierne a la indemnización solicitada por los 318 días de baja improductivos (desde 28 de enero de 2005 al 12 de diciembre de 2005), resultando acreditados los días de baja por los correspondientes partes de baja y alta (folio 69 del expediente) y habida cuenta el informe de fecha 15 de diciembre de 2005 del Servicio de Neumología del Hospital Carlos Haya referido en el anterior Fundamento de Derecho, se considera acreditado que lo que se trató en dicha fecha fue el Tromboembolismo Pulmonar padecido por el paciente, por lo que correspondería al recurrente una indemnización de 47,28 €/día, sin que haya lugar a aplicarse el 10% del factor de corrección por no resultar acreditados los ingresos netos anuales del recurrente, resultando la cantidad de 15.035,04 €.

Por lo que respecta a la indemnización por la secuela consistente en disminución de la capacidad respiratoria (la cual tampoco ha sido impugnada de contrario), en

el informe de fecha 15 de diciembre de 2005 se establece un FEVI/FVC 82%, la misma se corresponde con la secuela consistente en "Insuficiencia restrictiva. Restricción tipo I (100-80 por ciento): 1-10 puntos", considerándose adecuada y proporcionada a las circunstancias del siguiente caso la puntuación dada por el recurrente de 10 puntos, siendo el valor del punto de 687,15 € y resultando de aplicación el factor de corrección del 10% correspondiente a secuelas, y resultando la cantidad de 7.558,60 €.

Finalmente, y en lo que concierne a la indemnización de 31.000 € solicitada por haber perdido el recurrente lo que constituía su profesión habitual, habida cuenta el contenido del folio 70 del expediente se entiende que lo que se produjo fue el desplazamiento temporal del recurrente para desempeñar las funciones de Jefe Advo. de Obra, no la pérdida de su profesión habitual, por lo que no cabe a la indemnización solicitada por dicho concepto.

En consecuencia, y en virtud de lo expuesto, debe estimarse parcialmente la demanda, reconociendo el derecho de D. [REDACTED] a ser indemnizado por el Servicio Andaluz de Salud en la cantidad total de 23.582,87 € por los daños personales sufridos, y devengándose a partir de la fecha de la notificación de esta sentencia hasta su completo pago el interés legal, conforme al artículo 106 LJCA.

QUINTO.- No procede hacer expresa imposición de las costas -art. 139 LJCA-.

FALLO

Que debo estimar y estimo parcialmente el recurso contencioso-administrativo promovido por la representación procesal de D. [REDACTED] contra las resoluciones referidas en el Fundamento de Derecho Primero de la presente Sentencia, anulándose las referidas resoluciones por no resultar ajustadas a Derecho, reconociendo el derecho de D. [REDACTED] a ser indemnizado por el Servicio Andaluz de Salud en la cantidad total de 23.582,87 €, y devengándose a partir de la fecha de la notificación de esta sentencia hasta su completo pago el interés legal, conforme al artículo 106 de la Ley de esta Jurisdicción Contencioso Administrativa 29/1998, de 13 de julio.

Sin costas.

Notifíquese a las partes la presente Sentencia, con la indicación de que

contra la misma pueden interponer recurso de apelación en el plazo de quince días, ante este Juzgado y para ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

Para la admisión del recurso deberá acreditarse la constitución de depósito en cuantía de 50 euros, debiendo ingresarlo en la cuenta de este Juzgado número 4128 0000 85 0030 07, debiendo indicar en el apartado "concepto" del documento de ingreso que se trata de un recurso de apelación, seguido del código "22", de conformidad con lo establecido en la Disposición adicional decimoquinta de la LO 6/1985 del Poder Judicial, salvo concurrencia de los supuestos de exclusión previstos en la misma (Ministerio Fiscal, Estado, Comunidades Autónomas, Entidades Locales y organismos autónomos dependientes de todos ellos) o beneficiarios de asistencia jurídica gratuita.

Así por esta mi sentencia, de la que se llevará certificación a los autos principales, lo pronuncio, mando y firmo.



DILIGENCIA DE PUBLICACIÓN.- Publicada ha sido la presente resolución, doy fe.

COPIA