

JUZGADO DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO NÚM. 4 DE BARCELONA

Procedimiento: PO 485/14 C

Partes: [REDACTED] / INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT -
ZURICH INSURANCE PLC.

Representantes: Procuradora D^a Inma Guasch Sastre / Procurador D.
Francisco Toll Musteros - Procurador D. Jaime Guillén Rodríguez.

SENTENCIA nº 213/2016

En Barcelona, a 9 de noviembre de 2016

Vistos por mí, ROSA MARIA MUÑOZ RODON, Magistrado - Juez titular del Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 4 de Barcelona, los autos al margen referenciados, en el en el ejercicio de la función jurisdiccional que me confieren la Constitución y las leyes, en nombre de S.M. el Rey, he dictado la presente sentencia con arreglo a los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.- En fecha 30 de julio de 2014 la representación procesal de la actora interpuso recurso contencioso administrativo contra la resolución que se dirá ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, cuya Sección cuarta, por Auto de fecha 29 de septiembre de 2014 declaró su falta de competencia objetiva y la de los Juzgados de lo Contencioso Administrativo de Barcelona.

Turnado el recurso, fue objeto de reparto en este Juzgado.

Admitido a trámite el recurso por la vía del procedimiento ordinario y reclamado el expediente a la Administración demandada, ésta compareció, aportándolo, compareciendo también la codemandada. Se confirió el trámite de demanda a la parte actora, quien lo formuló fijando sus pretensiones. Conferido traslado a las partes demandadas, éstas formularon contestación. Solicitada la apertura del recurso a prueba, ésta se practicó con el resultado obrante en autos, tras lo cual se

formularon conclusiones por las partes, quedando los autos conclusos para Sentencia.

Segundo.- En la tramitación de este procedimiento se han cumplido todos los trámites legales.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- La parte actora impugna la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta contra el Institut Català de la Salut (en adelante ICS) en fecha 29 de noviembre de 2012 por los daños sufridos por la administración de fármacos.

La recurrente solicita en su escrito de demanda la estimación del recurso, así como que se declare la responsabilidad patrimonial del ICS y se le condene al abono de una indemnización de 601.139,09 Euros, actualizada desde el momento de la reclamación, más los intereses legales también desde la reclamación.

Las partes demandadas se oponen a las pretensiones de la actora.

SEGUNDO.- 1. No resulta controvertido en el presente recurso que la recurrente, de 39 años al momento de los hechos, en fecha **24 de noviembre de 2011** fue ingresada en el Hospital de Bellvitge por "lumbalgia rebelde a la analgesia", siendo dada de alta el mismo día de urgencias e ingresada en el hospital.

En los antecedentes médicos descritos en el documento médico de asistencia (documento núm. 1 de los aportados al escrito de demanda) constan "no alergias a medicamentos conocidas; no cardioneumopatías conocidas" y "no antecedentes gastrointestinales. Sí consta como antecedente que fue intervenida en 2005 por lumbociatalgia bilateral que mejoró tras "IQ", permaneciendo lumbalgias crónicas tolerables y que desde agosto 2011 inicia dolor lumbar bajo y dorso lumbar no irradiado a extremidades inferiores, acudiendo en silla de ruedas, no mejorando ni sentada ni en decúbito y manifestándose que la paciente como tumbada en la cama.

Se hace constar también como antecedente una resonancia magnética nuclear donde se aprecian cambios degenerativos en el espacio discal L5 - S1 y en articulaciones, interapofisarias lumbares bajas. "El complejo disco - osteofito de L5-S1, condiciona protrusión discal posterior y se observa contacto con las raíces S1 bilaterales en su segmento intrarraquídeo.

Como enfermedad actual, al momento de ser visitada en 24 de noviembre de 2011 se señala que la paciente viene referida del Hospital Broggi "con historia de agudización de su lumbalgia crónica que se irradia hasta rodilla, asocia hormigueo".

Se expone que en el hospital se realizó infiltración en punto doloroso que coincide con el ramo posterior de la L5 a nivel de la escotadura vertebral derecho, administrándole 1 ml de bupivacaína 0,25% más Trigon (5 mgr), refiriendo la paciente mejoría del 40% del dolor. También recibió tramadol 100 mgr, diazepam 5 md v.o. Dexketoprofeno e.v.

2. No es tampoco controvertido que la recurrente fue dada de alta tras la hospitalización en fecha **3 de diciembre de 2011** (documento núm. 3 de los aportados con el escrito de demanda), haciéndose constar en la evolución clínica del informe de alta que "la paciente ingresa en NCR para optimización de tratamiento analgésico, instaurándose inicialmente perfusión de metamizol y adolonta, cediendo parcialmente la sintomatología de la paciente, permitiendo deambulacion, con mejora de la sintomatología."

El informe añade: "Se inicia tratamiento con citalopram / 24 h".

En el tratamiento y recomendaciones de alta el informe establece:

"- Pariet 20 mg cada 24 horas.

- Metamizol 1 ampolla cada 8 horas alternando cada 4 horas con paracetamol en picos de dolor.

- Adolonta 1 comprimido cada 8 horas.

- Citalopram 10 mg cada 24 horas durante 2 semanas.

Luego, Citalopram 20 mg cada 24 horas."

3. No resulta controvertido, en tercer lugar, que en fecha **10 de diciembre de 2011**, es decir una semana más tarde de haber sido dada de alta hospitalaria, la actora fue ingresada en el Hospital de Bellvitge, en el servicio de neurología, procedente de atención primaria y siendo dada de alta en 12 del mismo mes y año. En el momento de su ingreso presenta movimientos involuntarios, espasmódicos, con una semana de evolución, con aumento de intensidad en los últimos días. La paciente refiere que los movimientos se presentan con mayor intensidad por el día, le dejan dormir por la noche, no refiere dificultada para la deambulacion aunque se encuentra incómoda con los movimientos. Se describe como medicación habitual:

- Zaldiar 37,5/325, uno cada 8 horas.

- Diazepam 2,5 mg

- Vlnovo 500/20 mg 1 cada 12 horas.

- Adolonta uno cada 8 horas

- Citalopram.

Se hace constar que durante el anterior ingreso se introdujo un ISRS (o SSRI en siglas anglosajonas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) por trastorno adaptativo concretando que es por separación.

En el documento de alta, extendido el día **12 de diciembre de 2011** se hace constar que como proceso actual que presenta desde la semana anterior movimientos

axiales sin movimientos de las extremidades ni otra clínica neurológica acompañante, que ha ido empeorando progresivamente. Se señala que no desaparecen con el sueño y se exacerban con la ansiedad.

El informe refiere discinesias del tronco que no cesan en ninguna posición ni con las maniobras de distracción. Dentro de la evolución clínica se señala que la paciente está tomada opioides por dolor y recientemente un SSRI por depresión. Asimismo se señala que se ha iniciado bomba de clonazepam ev para control de las mioclonías las cuales han mejorado y se ha retirado los fármacos inductores. El examen neurológico destaca mioclonías de tórax y abdomen, sin temblor palatino ni de extremidades. Debe seguir controles y se recomienda no empezar SSRI u opioides.

El diagnóstico es de "mioclonías por fármacos (opioides vs SSRI)" y "dolor crónico por radiculopatía bilateral por hernia lumbar", recomendándose en letras mayúsculas "STOP ADOLONTA, ALDIAR, DIAZEPAM y CITALOPRAM".

Se le pauta Rivotril, paracetamol de 1 gr y nolotil.

Todo ello se desprende de la documentación acompañada al escrito de demanda.

4.- En el informe de la médico de familia de fecha 4 de octubre de 2012 se informa de la existencia de un curso de la enfermedad torpido con franco deterioro funcional y emocional con dependencia para las ABVD (actividades básicas de la vida diaria).

Al momento de la presentación del escrito de demanda la actora presenta un trastorno del movimiento, que se concretan en cuadro irreversible de tres años de evolución de mioclonías, discinesias, distonias por fármacos compatible con síndrome serotoninérgico, que la incapacitan para cualquier actividad laboral y que le ocasionan grandes dificultades o imposibilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En resumen, la actora se halla sujeta a un continuo movimiento involuntario de todo su cuerpo.

Dicho cuadro resulta irreversible.

TERCERO.- La parte actora sostiene en primer lugar que la administración combinada de Adolonta/tramadol y Citalopram se hizo contra las expresas indicaciones de los prospectos de ambos medicamentos y que dicha administración combinada es la causante de los daños sufridos por la actora en su salud, siendo ello constitutivo de una mala praxis.

Así sostiene la defensa de la actora que se llevó a la paciente a ingerir dosis del principio activo tramadol (opioides con efectos analgésicos) superiores a las máximas diarias indicadas, al ingerir dos medicamentos con el mismo principio activo: Adolonta y Zaldiar 37,5/375.

Sostiene también que se pautaron dos medicamentos que no debían utilizarse concomitantemente por la existencia de riesgos conocidos por la ciencia médica (tramadol/adolonta vs citalopram).

Sostiene también que ni siquiera se advirtió a la paciente de los riesgos que suponía la administración de los medicamentos y por ello que falta el consentimiento informado.

En apoyo de su tesis aporta dictamen médico toxicológico del Profesor Dr. Antonio Dueñas Laita, médico especialista en Farmacología Clínica, en relación a las características, toxicidad y uso de los medicamentos utilizados para con la actora.

Según el mismo la causa del cuadro irreversible que presenta la recurrente es debida a la asociación del tratamiento con adolonta y citalopram, fármacos que le fueron prescritos el 24 de noviembre de 2011: adolonta (tramadol) en perfusión (intravenoso) a dosis máximas por día, y el citalopram cada 24 horas.

El dictamen afirma que las dosis prescritas eran las máximas, existiendo por tanto un riesgo elevado de síndrome serotoninérgico o trastorno neurológico iatrogénico.

Por otro lado, pone de relieve el citado dictamen que la prescripción y administración del citalopram, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), se realiza sin ser la paciente estudiada previamente por un especialista en psiquiatría y en contra de lo estipulado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios en cuya fincha técnica se señala que "Citalopram no debe utilizarse concomitantemente con medicamentos con efectos serotoninérgicos tales como ... tramadol...". La ficha técnica de tramadol efectúa un aviso idéntico en relación a su utilización conjunta con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como es el citalopram.

Por otro lado, el dictamen pone de manifiesto que el medicamento denominado Zaldiar posee el mismo principio activo que el adolonta, a saber, el tramadol, por lo que la actora recibía 412 mg de tramadol/día, dosis superior a la máxima diaria, no pudiéndose afirmar que las dosis son convencionales y hay "normo praxis".

Igualmente señala que es conocido por la literatura médica internacional que a la asociación tramadol más citalopram está la categoría de interacción mayor, haciendo responsable al tramadol del 73% y a la asociación tramadol más ISRS del 36% de los casos de muertes o cuadros neurológicos como el sufrido por la actora, sabiéndose que el riesgo se incrementa extraordinariamente si las dosis de tramadol son altas.

Finalmente, el perito afirma que no existe explicación o causa alternativa al cuadro, y que no debió serle prescrito el citalopram a la paciente.

En el mismo sentido se pronuncia el Dr. José de la Poza Marcos, especialista en medicina del trabajo en el sentido de que el trastorno del movimiento que aqueja a la actora ha sido inducido por fármacos, iniciándose poco después del tratamiento con adolonta (tramadol), que es un opioide, que al interaccionar con los ISRS ofrece riesgo de síndrome serotoninérgico, y el citalopram, que es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina ISRS.

CUARTO.- La parte demandada ICS al contestar a la demanda, expone, entre otros, que el citalopram le fue administrado a la paciente por clínica depresiva reactiva a su separación.

El ICS aporta dictamen pericial del Dr. Jordi Pascual Calvet, especialista en

neurología, que concluye que los movimientos anormales son de origen psicógeno y no se hallan relacionados con los fármacos opiáceos y antidepresivos que recibió durante un corto período de tiempo para tratar el dolor neuropático.

Por su parte, la aseguradora del ICS, Zurich Insurance, PLC, aporta informe médico de la Dra. Inmaculada Herrera Mozo, especialista en Alergología e Inmunología Clínica, quien manifiesta que el uso de opiáceos y antidepresivos no se halla contraindicado, con excepción de la familia de antidepresivos IMAO, *"aunque sí debe administrarse con precaución por el mayor riesgo de efectos adversos asociado a la administración conjunta de los dos grupos farmacológicos."* El dictamen afirma que el síndrome serotoninérgico (SS) es una de las complicaciones asociadas a la combinación de opioides y antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina de mayor gravedad, pero poco esperable.

Manifiesta igualmente que el cuadro resulta reversible y que las dosis de tramadol no han superado la dosis máxima diaria de 400 mg.

Finalmente, afirma que el cuadro clínico no permite concluir como definitivo el diagnóstico de síndrome serotoninérgico por la asociación de tramadol y el antidepresivo Citalopram a dosis terapéuticas.

Concluye que estaba indicada la asociación de medicación coadyuvante antidepresiva dados los síntomas indicativos de depresión reactiva referidos por la propia paciente con antecedentes en los años 2006 a 2007 y el hecho de que no se conseguía el control de cuadro de dolor con los escalones analgésicos aplicados.

QUINTO.- Procede entrar a analizar las razones de fondo de la pretensión y a este respecto debe recordarse que la cuestión a dirimir en el presente recurso contencioso administrativo es, prima facie, si atendiendo a las pruebas practicadas podemos concluir que los daños sufridos por el recurrente son reprochables a una acción u omisión de la administración, es decir si existe una relación de causalidad entre aquellos daños y la actuación de la administración, y por otra parte el quantum de la indemnización que, en su caso, deba abonar la administración demandada.

Tal y como viene manteniendo nuestra jurisprudencia el sistema de responsabilidad de la Administración que establecían los Art. 106.2 CE, 40 de la LRJ de 1957, 121 de la Ley de Expropiación Forzosa y actualmente 139 y sptes. de la LRJAP, es un sistema de responsabilidad objetiva, independiente de la culpa o dolo de las autoridades, funcionarios y agentes del ejecutivo, que exige la efectiva realidad de un daño o perjuicio que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa de causa a efecto, pero que aparece fundada en el concepto técnico de "la lesión", entendida como daño o perjuicio antijurídico que quién lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar (sentencias del Tribunal Supremo de 19 de enero y 7 de junio de 1988 EDJ 1988/4894, 29 de mayo de 1989 EDJ 1989/5485, 8 de febrero de 1991 EDJ 1991/1317, 2 de noviembre de 1993 EDJ 1993/9811 y 22 de abril de 1994 EDJ 1994/3572).

Pudiendo concluirse, en síntesis, al hilo de lo expuesto, que la ilicitud del daño no requiere de una previa ilicitud en la acción u omisión de algún órgano administrativo, porque incluso si la intervención administrativa es perfectamente lícita y permitida por la ley, no haya razón o título alguno por los que la propia ley autorice a la Administración para atribuir a la víctima, y sólo a ella, las consecuencias

perjudiciales de la acción u omisión.

Sobre la base de ese entramado general se ha estructurado una compacta doctrina acerca de la cuestión de la responsabilidad patrimonial de la Administración a examen, que en síntesis establece:

a) Que la cobertura patrimonial de toda clase de daños que los administrados sufran en sus bienes a consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, incluye la total actividad administrativa, abarcando, por tanto, todo el tráfico ordinario de la administración, de ahí que cuando se produzca un daño en el patrimonio de un particular, sin que éste venga obligado a soportarlo en virtud de una disposición legal o vínculo jurídico, hay que entender que se origina la obligación de resarcir por parte de la Administración.

b) Que los requisitos exigibles son:

1.- La efectiva realidad de un daño material, individualizado y económicamente evaluable.

2.- Que sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa, exclusiva e inmediata de causa a efecto, cualquiera que sea su origen.

3.- Que no se haya producido por fuerza mayor o no haya caducado el derecho a reclamar por el transcurso del tiempo que fija la Ley.

SEXTO.- Con carácter previo a constatar si los hechos que se revisan en el presente procedimiento son susceptibles de originar la responsabilidad patrimonial de la administración demandada es preciso recordar que, como establece el artículo 217 de la LEC, la carga de la prueba de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico de las pretensiones de la demanda corresponde a la parte actora. Principio probatorio que se reconoce en la máxima "semper necesitas probandi incumbit illi qui agit", así como los axiomas consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega ("ei incumbit probatio qui dicit non qui negat") y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios ("notoria non egent probatione") y los hechos negativos ("negativa non sunt probanda").

En concreto, en relación la con la distribución de la carga probatoria, establece la LEC en el Artículo 217. Carga de la prueba "1. Cuando, al tiempo de dictar sentencia o resolución semejante, el tribunal considerase dudosos unos hechos relevantes para la decisión, desestimaré las pretensiones del actor o del reconviniente, o las del demandado o reconvenido, según corresponda a unos u otros la carga de probar los hechos que permanezcan inciertos y fundamenten las pretensiones. 2. Corresponde al actor y al demandado reconviniente la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables,

el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda y de la reconvenición. 3. Incumbe al demandado y al actor reconvenido la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior. 6. Para la aplicación de lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo el tribunal deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio."

La formulación doctrinal sobre la carga de la prueba gravita -pues- no tanto sobre a quién corresponde probar, sino sobre quién recae la ausencia de actividad probatoria. Esta regla general debe operar decididamente frente a una postura meramente pasiva de la demandada en cuanto se limite simplemente a negar los hechos de la demanda. Asimismo, la regla general de la carga probatoria (LEC artº 217.2) puede resultar enervada por la aplicación de lo dispuesto en el punto 6 de la misma norma, en el sentido que el correcto desarrollo del litigio debe conllevar una postura activa de las partes en orden a la defensa de sus pretensiones/resistencias procesales.

SÉPTIMO.- En materia de responsabilidad sanitaria, tal como señaló la STS, Sala Tercera, de 26 de mayo de 2008, recurso 1824/2004:

Es igualmente doctrina jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las Sentencias de 20 de marzo de 2.007 (Rec.7915/2003), 7 de marzo de 2007 (Rec.5286/03) y de 16 de marzo de 2.005 (Rec.3149/2001) que "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva 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".

OCTAVO.- De una valoración global de la prueba practicada, y en especial de la documental y pericial aportada por las partes, se llega a la conclusión de que efectivamente los daños sufridos por la actora y anteriormente descritos tienen su origen, efectivamente, en la dispensación conjunta de los fármacos con principio activo tramadol y citalopram, pues la práctica totalidad de los peritos convienen en que su administración conjunta puede dar lugar a un síndrome serotoninérgico de la etiología del que padece la actora. En el mismo sentido se pronuncia el informe del ICAMS (folios 159 y ss. del expediente administrativo).

La medicación conjunta se le empezó a administrar a la actora a partir de su visita médica al Hospital de Bellvitge en fecha 24 de noviembre de 2011 (folios 179 y ss. del expediente administrativo).

El perito en farmacología, Dr. Dueñas, cuya especialización en materia farmacológica debe tenerse especialmente en cuenta a la hora de valorar las pruebas periciales, afirma taxativamente que la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios señala y así lo hace la ficha técnica del producto, que el antidepresivo que le fue administrado a la recurrente, citalopram, no debe utilizarse concomitantemente con medicamentos como el tramadol, y a su vez el tramadol no debe administrarse con ISRS. Así se desprende, por lo demás, de la documental contenida en el anexo A del dictamen del citado perito.

El propio dictamen de la Comissió Jurídica Assessora en su folio 307, admite que existe una clara relación de causalidad entre la administración del citalopram y la aparición de las discinesias.

Por otro lado, aun cuando el perito de la demandada Dr. Pascual Calvet, especialista en neurología, manifiesta que los movimientos anormales de la actora son de origen psicógeno y no se hallan relacionados con los fármacos opiáceos y antidepresivos que recibió, el Dr. Dueñas en sus aclaraciones expone que, contrariamente a otros antidepresivos sí indicados en el dolor neuropático, el citalopram no lo es.

Llegamos por lo demás a la conclusión de que la combinación de ambos fármacos fue la causante de los daños a la recurrente por cuanto los informes médicos de neurología de alta del día 12 de diciembre de 2011 (ingreso el 10 de ese mes), es decir, algo más de dos semanas tras el ingreso del mes de noviembre, del que se deriva la administración conjunta de los dos fármacos, señalan en letras mayúsculas en el tratamiento y recomendaciones de alta: STOP ADOLONTA, ZALDIAR, DIAZEPAM Y CITALOPRAM, prescribiendo rivotril, 1 mg tres veces al día, paracetamol de 1 gr. cada 8 horas y nolotil 1 comprimido cada 8 horas alterno, ordenando control por CCEE NRL por movimientos involuntarios y control por médico de cabecera. El propio informe de ingreso en neurología del día 10 de diciembre de 2011 (folio 185 del expediente) refiere al relatar el proceso actual -en fecha 10 de diciembre de 2011- de la paciente "OD: Discinesias axiales a estudio (farmacológicas por ISS????)".

Y finalmente, el corto lapso de tiempo transcurrido entre el inicio de la administración del citalopram y la aparición del síndrome en la actora nos lleva a la convicción de relación causa - efecto entre el daño y la administración del fármaco citalopram con el que ya venía siéndole prescrito a la actora, el adolonta o tramadol.

En lo relativo a la posología, al folio 113 y 132 y 184 (servicio de neurología) del expediente administrativo consta que con anterioridad al 10 de diciembre de 2011 la actora tomaba como medicación habitual Zaldiar, cuyo principio activo según el perito Dr. Dueñas es el mismo que el tramadol, cada 8 horas en 37,5/325, adolonta uno cada 8 horas, por lo que cabe concluir, como expone el perito, que en aquella fecha la actora tomaba una dosis elevada de tramadol, amén del Diazepam 2,5 mg, Vlnovo 500/20 cada 12 horas y citalopram.

De lo anterior, conforme al dictamen pericial citado, se llega también a la conclusión de que el riesgo de los daños se incrementó con la dosis prescrita.

NOVENO.- Conforme a los criterios anteriormente citados, procede entrar a valorar, tras la constatación de la relación causa - efecto entre la prescripción conjunta de los tan repetidos fármacos y los daños causados a la actora, si existió mala praxis médica.

También aquí la respuesta debe necesariamente ser afirmativa, por cuanto el citalopram fue administrado -con el consiguiente riesgo de daños que debía ser conocido por los facultativos que lo prescribieron- sobre la base de que la actora presentaba un síndrome depresivo. Pero en relación a ello, como se constata al folio 82 del expediente administrativo el servicio de neurocirugía había solicitado remisión a especialista en psiquiatría que no consta interviniera en prescripción del fármaco ni en el diagnóstico y mucho menos en el análisis de las causas del cuadro de labilidad emocional presentado por la actora que podía ser debido a la reciente separación, como supusieron los médicos no especialistas o a cualquier otra causa, como por ejemplo el propio cuadro de dolores que no remitían.

Por ello la administración del citalopram en las circunstancias citadas se considera que constituye una mala praxis médica.

DÉCIMO.- En lo que se refiere a la cantidad indemnizable, se considera acreditada la gravedad del daño ocasionado, así como el hecho de que siendo madre de un menor -como ha quedado acreditado en la pericial aportada y corroborado en la testifical practicada- la actora no puede valerse por sí misma de forma suficiente. Igualmente, se atiende a la edad de la recurrente (39 años cuando ocurrieron los hechos). No hallándose este órgano judicial sujeto a los baremos establecidos por la Ley del seguro privado, se considera adecuada la cuantía solicitada por la actora, que asciende a 601.139,09 Euros, a la que deberá añadirse el interés legal desde el momento en que se realizó la solicitud en vía administrativa, interés que en virtud de lo dispuesto en el art. 576 LEC se verá incrementado en dos puntos a partir de Sentencia.

DECIMOPRIMERO.- En materia de costas, a tenor del art. 139,1 LRJCA procede su imposición a la parte demandada.

Vistos los preceptos citados y los demás de particular y general aplicación.

FALLO: Que DEBO ESTIMAR Y ESTIMO el presente recurso contencioso administrativo, anulando y dejando sin efecto la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial efectuada por D^a [REDACTED] y reconociendo como situación jurídica individualizada el derecho de la citada señora a ser indemnizada en la cantidad principal de SEISCIENTOS UN MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE EUROS CON NUEVE CÉNTIMOS DE EURO (601.139,09 €) por la Administración demandada, contra quien ha dirigido su acción, Institut Català de Salut, sin perjuicio de que el pago pueda, en su caso, efectuarlo la aseguradora de la Administración, en función de los pactos y contratos que tengan suscritos entre sí.

La anterior cantidad devengará el interés legal desde el momento de la presentación de la reclamación en vía administrativa, interés que se incrementará en dos puntos a

partir de Sentencia.
Se imponen las costas a la Administración demandada.

Contra esta Sentencia cabe interponer recurso de apelación en el plazo de quince días, a tenor de lo dispuesto en el art. 81.1.a) LRJCA.

Así por esta mi sentencia, de la que se unirá certificación a los autos originales, la pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- La anterior sentencia ha sido pronunciada y publicada por la Magistrada que la dictó el mismo día de su fecha y en Audiencia pública, se incluye original de esta resolución en el libro de Sentencias, poniendo en los autos certificación literal de la misma y se notifica a cada una de las partes; Doy fe.