

Dictamen n.º: **373/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.10.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 3 de octubre de 2019, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por D. (en adelante “*el reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a un retraso de diagnóstico en el Hospital Universitario del Henares.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - El 11 de enero de 2017, el reclamante presentó en el registro del Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaba una indemnización por los daños y perjuicios supuestamente derivados de la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario del Henares (en adelante, HUH).

En su escrito relataba, que el 23 de mayo de 2014 había acudido a Urgencias del HUH con sensación de hormigueo y dolor en el 4º y 5º dedo y en la palma de la mano izquierda, mano dominante por ser zurdo, y recibió alta con juicio clínico de síndrome cubital izquierdo, teniendo que acudir nuevamente a Urgencias el 17 de junio donde con juicio clínico de

síndrome cubital izquierdo recibió alta con cita para el Servicio de Traumatología del HUH para el día 3 de julio y la recomendación de continuar con medicación analgésica.

Proseguía su relato indicando que el citado día 3 acudió a la consulta de Traumatología y le solicitaron un electromiograma (EMG) que se realizó por derivación en el Hospital Madrid Sanchinarro cuyos resultados recogió *“más de tres meses después”*, concretamente, el 7 de octubre de 2014 y cuando acudió a dicha cita le comunicaron que en el EMG realizado en julio se observaba una lesión severa en el nervio cubital a su paso por el codo y *“decidieron tomarse más de un mes y medio para valorar las opciones terapéuticas”*, siendo citado para el mes de noviembre.

También expresa que, ante la persistencia del dolor, decidió acudir el 6 de agosto de 2014 al Hospital Universitario de Torrejón donde con impresión diagnóstica de atrofia muscular de la mano izquierda en probable relación con neuropatía, le suministraron analgésicos, lo citaron para el traumatólogo una semana después, se realizó un EMG y a la vista de los resultados le explicaron la necesidad de una intervención quirúrgica para liberar el nervio del codo porque *“llevaba atrapado mucho tiempo y que el pronóstico de la clínica motora era malo”*. La intervención quirúrgica se realizó el 28 de octubre en el Hospital Universitario de Torrejón. Posteriormente, la evolución fue tórpida y tuvo que acudir a Urgencias en varias ocasiones. También recibió tratamiento rehabilitador hasta el 2 de marzo de 2015 en el Centro de Especialidades de Torrejón, asistió a la Unidad del Dolor y el 24 de febrero de 2016 se realizó una segunda intervención en el Hospital Universitario de Torrejón, *“a través de una transposición del nervio cubital”*. Siguió con dolor y en octubre de 2016 a la vista de un EMG le confirmaron que padecía una *“afectación severa y no existía mejora tras la segunda intervención”*.

Finalmente manifestaba que a la fecha de presentación de la reclamación padecía dolores insoportables que requerían dosis diarias de morfina, además de analgésicos y había sufrido y sufría perjuicios personales y laborales, encontrándose de baja temporal.

Consideraba en su reclamación que hubo retraso en el diagnóstico y tratamiento de la lesión nerviosa en el Hospital Universitario del Henares.

Solicitaba una indemnización de 78.478,39 euros: por lesiones temporales (27.386,00 euros) y por secuelas (51.092,39 euros).

Acompañaba a su reclamación diversa documentación médica, un informe pericial y partes médicos de incapacidad temporal (folios 22 a 163).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos de interés para la emisión del presente dictamen:

El reclamante, de 41 años de edad en el momento de los hechos, acude el 23 de mayo de 2014 a Urgencias del HUH por parestesias en antebrazo izquierdo, mano y 4º y 5º dedo con sensación de cuerpo extraño en codo. Tras la exploración es diagnosticado de síndrome cubital izquierdo y se pauta ibuprofeno, omeoprazol, lirica e hidroxil y control por el médico de familia. También se solicita citar en consulta de Traumatología.

El 17 de junio de 2014 acude nuevamente a Urgencias del HUH por persistencia de dolor en la mano izquierda. Se realiza nueva exploración física y Rx de mano y muñeca izquierda y Rx de columna cervical siendo diagnosticado de síndrome cubital izquierdo. Se le administra nolutil inyectable y el paciente refiere mejoría. También refirió que tras la fisioterapia había notado mejoría presentando solo hipoestesis en 4º y

5° dedo y dolor en el 5° dedo. Recibe alta con la recomendación de continuar con fisioterapia y medicación analgésica. El paciente tiene cita en Traumatología para el día 3 de julio de 2014.

Acude el 3 de julio de 2014 a consulta de Traumatología del HUH donde se solicita un electromiograma preferente que se realiza, por derivación, el 4 de julio de 2014 en la sanidad privada y es citado para resultados del EMG el 7 de octubre de 2014.

El informe de Neurofisiología realizado el día 4 de julio concluye: *“signos de lesión del nervio cubital izquierdo, a su paso por el codo, de grado severo, de tipo mixto, con signos de degeneración axonal distal”*.

El 9 de julio de 2014 acude al médico de Atención Primaria y se le explican ejercicios siendo citado en agosto para revisión.

El 6 de agosto de 2014 acude a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón por dolor en la mano izquierda. En la exploración física se aprecia dolor en 5° dedo de la mano izquierda sin flogosis y atrofia muscular interdigital y recibe alta con impresión diagnóstica de atrofia muscular de mano izquierda en probable relación con neuropatía. Recibe alta con tratamiento, realizar EMG y citar en consulta de Traumatología en una semana.

El 10 de septiembre de 2014 se realiza EMG en el Hospital Universitario de Torrejón que evidenció hallazgos compatibles con una afectación de las fibras motoras y sensitivas del nervio cubital izquierdo en su trayecto a través del codo de intensidad severa, signos agudos de denervación como expresión de lesión axonal aguda en la musculatura explorada.

En consulta de Traumatología el día 25 de septiembre de 2014 a la vista del anterior EMG y del aportado por el reclamante, realizado en otro

centro pero con los mismos resultados, se le explica el mal pronóstico de la clínica motora que presenta y la cirugía a realizar. Firma y entrega copia del documento de consentimiento informado y entra en lista de espera quirúrgica con impresión diagnóstica de lesión de nervio cubital.

Previo preoperatorio, el 28 de octubre de 2014 se realiza en el Hospital Universitario de Torrejón descompresión de nervio cubital y recibe alta con recomendaciones de brazo en cabestrillo, mover los dedos, frío local, paracetamol, ibuprofeno y cita para revisión.

Tras la intervención, el dolor persistió y tuvo que acudir en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón. También requirió asistencia en la Unidad de Dolor y en Rehabilitación de dicho centro hospitalario.

El 2 de marzo de 2015 se anota en la historia clínica del HUH que a petición del paciente se valora el EMG realizado en otro centro el 4 de julio de 2014 y *la evolución clínica es la esperada con el grado de lesión presente en el estudio de julio de 2014. No es esperable beneficio alguno de una nueva intervención del nervio cubital en codo en su grado de función*”.

El 24 de febrero de 2016 se realiza nueva cirugía en el Hospital Universitario de Torrejón para revisión de la compresión nerviosa cubital en codo izquierdo con resultado satisfactorio.

TERCERO.- Presentada la reclamación se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Centro de Salud Valleaguado de los Príncipes de España, del Hospital Universitario de Torrejón y del HUH.

Figura en el procedimiento el informe de 31 de enero de 2016 del jefe de Servicio de Traumatología del HUH que en respuesta a la reclamación planteada informa que la enfermedad del reclamante era *“crónica, de larga evolución, quizá de años, con una afectación importante”* y que cuando acudió al HUH la enfermedad estaba en fase avanzada que dificultaba *“la irreversibilidad de los síntomas ni siquiera sometiendo al paciente a un tratamiento quirúrgico”*, lo que según el informante se constata, en el informe de Neurofisiología realizado el 4 de julio de 2014 puesto que a dicha fecha el diagnóstico era de lesión severa con signos de degeneración axonal distal, y por el hecho de que tras dos intervenciones quirúrgicas, *“no se consiguió recuperar el nervio”*. Respecto al invocado retraso asistencial en el HUH manifiesta que *“la impresión es que es una afirmación vacía de contenido científico y que pretende contribuir a presentar el daño como fruto de una negligencia, para conseguir la concesión de lo pedido en el Solicita del escrito, y sin otro fundamento”* puesto que el paciente fue el que decidió libremente acudir a otro centro hospitalario, perteneciente también al SERMAS, pero si hubiera acudido al Servicio de Urgencias del HUH y no al Hospital Universitario de Torrejón, probablemente se hubiera analizado el electromiograma aunque *“nada hubiera cambiado”*. Además indica que el EMG que se realizó el 4 de julio fue solicitado de forma preferente por Traumatología. Respecto al informe pericial del especialista en Neurología aportado por el reclamante entiende que no se analiza que existía una lesión severa con degeneración anoxal distal de tipo mixto, y se obvian aspectos esenciales del estado clínico del paciente además considera la bibliografía consultada por el informante no es aplicable al caso que nos ocupa y se obvia mencionar que el nervio es difícilmente recuperable por haber sufrido degeneración distal de sus axones. Concluye: *“da la impresión*

de que se está atacando la objetividad en el relato de los acontecimientos, para intentar construir una negligencia médica y así convertir el dolor y el daño de la enfermedad del paciente en un dolor indemnizable. El paciente se trató en Torrejón por elección propia y a su paso inicial por el Henares, el EMG constata que era demasiado tarde porque la lesión severa ya en ese momento estaba presente”.

El 11 de abril de 2018 el reclamante incorpora al procedimiento un escrito indicando que en febrero de 2018 se había dictado una resolución de incapacidad permanente total que adjunta, que se encuentra en seguimiento en el Servicio de Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Torrejón y a la espera de recibir el dictamen sobre el grado de minusvalía solicitado a la Comunidad de Madrid. Además. También actualiza la cuantía indemnizatoria en 103.421,39 euros.

Ha emitido informe la Inspección Sanitaria. En su informe de 7 de septiembre de 2018 después de fijar los antecedentes del caso y establecer las consideraciones médicas oportunas, se recogen las siguientes conclusiones:

“No encuentro información clínica que apoye que:

. La asistencia sanitaria dispensada en el Hospital del Henares fuera deficiente: el 23/05/2014, siendo diagnosticado de síndrome cubital izquierdo y tratado de forma conservadora. Es visto en consulta de Traumatología 10 días más tarde y se realiza la prueba adecuada (EMG) para confirmar el diagnóstico. Aunque está citado para ver el resultado de la prueba 3 meses más tarde, no espera y acude a Urgencias de otro hospital del SPS el 06/08/2014 donde continúan el tratamiento con los resultados arriba expuestos. A la vista de lo informado la asistencia sanitaria fue correcta

. Se produjera un retraso en el diagnóstico de la lesión del nervio cubital el 23/05/2014, es diagnosticado de síndrome cubital izquierdo y tratado de forma conservadora. A la vista de lo informado no hubo retraso diagnóstico.

. De la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital del Henares se derive la mala evolución de su proceso. Según el Dictamen Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades el cuadro clínico residual es postquirúrgico”.

A instancias del Servicio Madrileño de Salud, también se incorporó al procedimiento un informe médico pericial de 11 de octubre de 2018 emitido por un doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que tras analizar la historia clínica del paciente formula consideraciones médicas y concluye que: *“La asistencia prestada a D. en relación a su lesión del nervio cubital izquierdo ha sido en todo momento correcta y se han empleado los medios necesarios para su mejor resolución”.*

Concluida la instrucción, se comunicó el trámite de audiencia al interesado. Consta en el expediente que presentó un escrito de alegaciones para reiterar en síntesis lo manifestado en su anterior escrito de reclamación y adjuntar, una resolución de 18 de octubre de 2018 de la Seguridad Social que mantiene la calificación de incapacidad permanente total del reclamante.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución de 8 de abril de 2019 en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar que no ha existido mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al reclamante.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formuló preceptiva consulta en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial que nos ocupa,

que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 28 de mayo de 2019.

A dicho expediente se le asignó el número 266/19, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas quién formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 3 de octubre de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD que se ha considerado suficiente.

A la vista de tales antecedentes, se formulan las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado a solicitud de interesado según consta en antecedentes, se encuentra regulada en la LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) al ser la persona que ha recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva le corresponde a la Comunidad de Madrid puesto que la asistencia sanitaria objeto de reproche fue dispensada en un centro público sanitario perteneciente a su red asistencial.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (*ex* artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el reclamante aduce retraso de diagnóstico y tratamiento puesto que acudió a Urgencias al HUH el 23 de mayo de 2014 donde fue diagnosticado de síndrome cubital izquierdo, se solicitó un EMG realizado el 4 de julio de 2014 y fue citado para para resultados tres meses después, concretamente el día 7 de octubre. El paciente acudió al Hospital de Torrejón en agosto de 2014 donde fue intervenido quirúrgicamente el 28 de octubre de 2014, requiriendo con posterioridad, tratamiento rehabilitador, atención en la Unidad de Dolor y una nueva cirugía realizada el 24 de febrero de 2016, por lo que la reclamación presentada el 11 de enero de 2017 se ha formulado en plazo legal.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recabado el informe del servicio al que se imputa el daño, de acuerdo con el artículo 81.1 de la LPAC, así como el informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia al reclamante según lo dispuesto en el artículo 82 de la LPAC, que presentó alegaciones. Finalmente, en los términos previstos en el artículo 88 de la LPAC, se dictó propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Esta previsión ha sido desarrollada por la LRJSP en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos, conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRSP:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009

(recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, “no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico.

Tal y como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de septiembre de 2017 (rec. núm. 1777/2016) “la antijuridicidad no aparece vinculada al aspecto subjetivo del actuar antijurídico, sino al objetivo de la ilegalidad del perjuicio, pero entendido en el sentido de que no exista un deber jurídico del perjudicado de soportarlo por la existencia de una causa de justificación en quien lo ocasiona, es decir, la Administración”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que “(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que

llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

CUARTA.- En el presente caso, el reclamante considera que hubo retraso de diagnóstico y tratamiento de la lesión del nervio cubital izquierdo cuando acudió al HUH en mayo de 2014, se realizó un EMG en julio y no es citado para consulta de Traumatología hasta el 7 de octubre de 2014 por entender que las secuelas que padece traen causa de dicho retraso. Sin embargo, no formula reproche a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Torrejón al que acudió para el tratamiento de la citada lesión en agosto de 2014.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar el reproche que formula el reclamante, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En este caso el reclamante ha incorporado al procedimiento un informe pericial emitido por un especialista en Neurología que, basándose en la documentación y datos clínicos de la historia asistencial del reclamante afirma que el tratamiento a seguir cuando el nervio está muy comprimido, como observa en el EMG inicialmente realizado en un hospital privado por derivación del HUH, es el quirúrgico y el retraso en el tratamiento quirúrgico por parte del HUH ha ocasionado debilitamiento o daño muscular (atrofia) que no presentaba cuando acudió inicialmente a Urgencias del HUH el 23 de mayo de 2014.

Sin embargo, la historia clínica pone de manifiesto que el interesado acudió por primera vez a Urgencias del Hospital del Henares en mayo de 2014 y tras la exploración física, con diagnóstico de síndrome cubital izquierdo fue tratado con antiinflamatorios y analgésicos y en la posterior ocasión que acudió a Urgencias por persistencia del dolor en junio de 2014, le recomiendan continuar con analgésicos y citar en consulta de Traumatología a la que acude el 3 de julio donde se solicita un EMG preferente que se realiza al día siguiente y aunque los resultados estarían disponibles en una semana no es citado de nuevo en consulta de Traumatología hasta el 7 de octubre, pero el paciente no espera a la cita del HUH y voluntariamente acude el 6 de agosto a otro centro hospitalario público perteneciente al Servicio Madrileño de Salud, concretamente al Hospital Universitario de Torrejón, para el tratamiento de la lesión.

Frente a lo sostenido en el informe pericial aportado por el reclamante; la Inspección Sanitaria, el jefe del Servicio de Traumatología del HUH y el informe pericial incorporado a instancias del SERMAS son coincidentes en afirmar que no hubo retraso de diagnóstico puesto que por un lado; la enfermedad que padecía el paciente se encontraba en una fase avanzada, que dificultaba la irreversibilidad de los síntomas y por

otro lado, el tratamiento conservador inicialmente pautado en el HUH es calificado de adecuado.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifestaba que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos*

elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

En este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de decantarnos por la mayor fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria dada la objetividad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones y en sus consideraciones médicas considera que el diagnóstico de la neuropatía cubital en el codo, segunda neuropatía por atrapamiento más común después del síndrome del túnel carpiano, se sospecha basándose en los síntomas y signos clínicos y se confirma en la mayoría de los casos mediante EMG. En cuanto al tratamiento, informa que puede ser conservador o quirúrgico, *“pero el tratamiento optimo sigue siendo controvertido”.*

También informa que no existe retraso en el diagnóstico puesto que el reclamante acudió a Urgencias del HUH el 23 de mayo de 2014 y fue diagnosticado y tratado de forma conservadora, 10 días después es visto en consulta de Traumatología y se realizó, previa solicitud preferente, la prueba adecuada (EMG). Además, con independencia de que el interesado fue citado para resultados tres meses después de realizado un EMG preferente lo cierto es que no esperó y acudió a Urgencias del HUH de otro hospital perteneciente al Servicio Madrileño de Salud donde continuaron con el tratamiento.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente:

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente en el HUH.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 3 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 373/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid