

Dictamen nº: **195/17**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **18.05.17**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 18 de mayo de 2017, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Don ....., por retraso de diagnóstico y tratamiento en el Hospital Universitario La Paz.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito que tuvo entrada en Oficina de Correos el 27 de noviembre de 2014, el reclamante, asistido por abogado, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por lo que considera una negligente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario La Paz.

La reclamación se centra en señalar que el reclamante el 24 de mayo de 2012 acude a consulta médica con sensación de pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores de manera simétrica progresando con atrofia que dificultaba la marcha, iniciando el tratamiento pautado por el neurólogo que diagnosticó que padecía la enfermedad de carácter genético “Charcot-Marie-Tooth”.

Prosigue su relato manifestando que tras insistir al departamento de Neurología de lo erróneo y precipitado del diagnóstico, el 19 de julio de

2012 se realizó pruebas de carácter genético y electromiogramas pautándose también una prueba de punción lumbar para cuya realización ingresó el 13 de junio de 2013, siendo durante su ingreso, cuando el jefe de Neurología a la vista de su expediente solicita la realización urgente de una resonancia que determinó la verdadera enfermedad y el correcto diagnóstico, suspendiéndose la punción lumbar, que finalmente no se realizó.

También indica, que la resonancia magnética se realiza el 20 de junio de 2013 en la que se observa que padece *“un tumor intramedular de cono medular T12 que provoca una dilatación quística y aprisionamiento medular que produce la pérdida de tejido medular con la expansión del tumor”*, por lo que es intervenido quirúrgicamente para su extirpación el 8 de julio de 2013.

Por último manifiesta, que tras la intervención quirúrgica inició un tratamiento de rehabilitación para paliar las consecuencias de la cirugía y de la enfermedad recibiendo alta con estabilización de las secuelas el 17 de junio de 2014.

Considera que se produjo un retraso en la realización de pruebas diagnósticas y en concreto precisa que la resonancia realizada el 20 de junio de 2013 debería haberse realizado el 19 de julio de 2012, lo que hubiese impedido la expansión de la enfermedad y que ello le ha supuesto un agravamiento de la enfermedad y secuelas.

En virtud de todo lo expuesto solicita una indemnización de 500.000 euros.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se ha incorporado la historia clínica del paciente ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El paciente, con 32 años de edad en el momento de los hechos, el 19 de julio de 2012 acude al Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz derivado desde consultas de Neurología del CEP de José Marvá para estudio de la causa de la polineuropatía axonal motora que se había objetivado unos seis meses antes en los estudios electromiográficos realizados previamente.

Presentaba debilidad para dorsiflexión de pie derecho que el paciente atribuyó a torcedura de tobillo, progresando con déficit motor para flexión plantar de pie izquierdo. Refería también, sensación de debilidad en manos con menor movilidad de forma más reciente y parestesias en ambas manos de predominio nocturno. A la exploración era evidente una marcada atrofia gemelar bilateral.

Tras la exploración física se realizan diversas pruebas complementarias solicitándose exploraciones de laboratorio que incluyen pruebas genéticas y estudio molecular.

Es revisado nuevamente en el Servicio de Neurología el 16 y 23 de agosto de 2012 y se realizan pruebas diagnósticas en las que no se objetiva causa primaria de la polineuropatía, sin empeoramiento de la sintomatología.

El 4 de octubre de 2012 se realiza extracción para pruebas genéticas. Los resultados son normales y no permiten confirmar el diagnóstico de enfermedad de “Charcot Marie Tooth tipo 1”.

Tras varias revisiones de seguimiento en el Servicio de Neurología, el 4 de abril de 2013 el paciente refiere empeoramiento del trastorno motor de sus extremidades inferiores, se solicita interconsulta al Servicio de Rehabilitación que pauta tratamiento con cinesiterapia y se realizan nuevos estudios electromiográficos en los que no se encuentra ninguna alteración significativa respecto a los estudios electromiográficos anteriormente

realizados. A la vista de ello se solicita un nuevo estudio de laboratorio extenso y un TAC Cervico-tóraco-abdominal para intentar encontrar la causa de la Polineuropatía evolutiva.

El 12 de abril de 2013 se realiza el TAC y se informa: *“Área de densidad heterogénea supraglótica, posterior al cartílago hioides, de dudoso significado patológico. No se observan adenopatías de tamaño significativo cervicales, torácicas ni abdominales. Signos de hepatopatía crónica”*.

El 9 de mayo de 2013 el paciente acude a revisión al Servicio de Neurología, ante el resultado de normalidad de las pruebas realizadas y la evidencia de empeoramiento, se le propone ingreso hospitalario para profundizar en el estudio de su patología, pudiendo incluir durante su ingreso, punción lumbar y otras técnicas diagnósticas. En ese momento el paciente refiere cierta urgencia miccional ocasional y alteración de la potencia sexual en alguna ocasión.

De forma programada, el 13 de junio de 2013 ingresa en planta del Servicio de Neurología para estudio de polineuropatía axonal motora con signos de evolución clínica pese a no objetivarse cambios en el estudio electromiográfico.

Durante su ingreso se realiza exploración neurológica apreciándose un balance muscular de 3/5 en flexión dorsal de pie izquierdo y de 1/5 para el pie derecho, ausencia bilateral de reflejo, hiporreflexia patelar, sensibilidad táctil, algésica y vibratoria reducidas en territorio S1 y S2 de miembros inferiores y región perineal así como marcha de debilidad con estepaje. Ante una sintomatología que puede estar relacionada tanto con polineuropatía axonal motora o con una lesión del cono medular, se inicia estudio para establecer diagnóstico diferencial y se solicita nuevo EMG y una RNM lumbo-sacra.

El informe del EMG de 17 de junio de 2013 señala la existencia de neuropatía axonal de predominio motor de mayor intensidad en territorios distales de miembros inferiores, en los que llega a ser de grado severo, con asimetría, siendo en el lado derecho muy severo. No hay cambios respecto a estudios previos, salvo discreto deterioro en el miembro inferior derecho. Deterioro de los potenciales sensitivos en miembros superiores e inferiores respecto a estudios previos. La lesión es predominantemente crónica con datos de atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo bilateral, más afectado el derecho y sin cambios respecto a estudios previos.

El 20 de junio de 2013 se realiza una RNM con y sin contraste concluyendo la existencia de un proceso expansivo intrarraquídeo localizado a la altura del cono medular, concretamente desde T12 hasta platillo inferior de L1 de localización extramedular y contenido quístico sin realce de contraste que podría corresponder a un quiste epidermoide.

Inmediatamente se solicita interconsulta con el Servicio de Neurocirugía y recibe alta en el Servicio de Neurología el 21 de junio de 2013.

El 7 de julio de 2013 ingresa en el Servicio de Neurocirugía y el 8 de julio de 2013 bajo anestesia general es intervenido quirúrgicamente. Se practica laminoplastia T12-L1 que se fijará posteriormente con placas Ortomedimatec. El postoperatorio transcurre con normalidad, la herida quirúrgica tiene buen aspecto y el paciente deambula, tolera vía oral y no muestra nuevos déficit, por lo que recibe alta el 11 de julio de 2013 con recomendaciones e indicación de acudir a revisión en consulta del Servicio de Neurocirugía y del Servicio de Rehabilitación.

El 29 de julio de 2013 acude a revisión a consulta del Servicio de Neurocirugía donde se le informa de que se trata de un tumor benigno y se pide RNM para la revisión de octubre. Como se queja de disfunción

esfinteriana leve se le remite al Servicio de Urología donde es valorado ese mismo día.

Se le cita para consulta en el Servicio de Neurocirugía para el 8 de agosto de 2013 pero no acude.

El 15 de octubre de 2013 acude a revisión a consulta del Servicio de Neurocirugía. El paciente refiere molestias lumbares y persisten alteraciones de la marcha. Se prescribe nueva RNM en un año.

El 5 de noviembre de 2013 acude al Servicio de Rehabilitación con diagnóstico de paraparesía. Se mantiene el tratamiento cinesiterápico con el objetivo de mejorar esquema de marcha y se prescriben 15 sesiones de rehabilitación. En consulta del día 28 de noviembre de 2013 se prescriben 20 sesiones más.

El 23 de enero de 2014 acude a revisión. Se encuentra mejor, persistiendo micción imperiosa. Anda por exteriores, sube y baja escaleras y es independiente para las actividades habituales de la vida; sufre caídas ocasionales. Se mantiene tratamiento cinesiterápico. Se prescriben 20 sesiones más de rehabilitación para fortalecer la musculatura y reeducar la marcha.

El 12 de marzo de 2014 se le practica RNM lumbar presentando cambios postquirúrgicos a la altura T12 a L2 con leve alteración morfológica del cono medular y sin signos de recidiva; cuerpos, espacios intervertebrales y medidas del canal raquídeo normales.

El 10 de abril de 2014 se realiza ecografía renal vesico-protática encontrándose una vejiga de paredes marcadamente engrosadas sugerentes de vejiga neurógena de esfuerzo sin más anomalías; también se aprecia un incremento del tamaño de la próstata.

El 17 de junio de 2014 acude a revisión al Servicio de Rehabilitación. Se encuentra clínicamente estabilizado, realiza ejercicio de forma habitual y se solicita prótesis antiequino para miembro inferior derecho.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente el informe de 12 de enero de 2015 del Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, en el que se indica que el paciente fue visto por primera vez en consulta de Neurología de dicho hospital el 19 de julio de 2012, remitido desde consultas de Neurología del CEP José Marvá, para estudio de la causa de la polineuropatía axonal motora que se había objetivado en los estudios electromiográficos que se le habían realizado previamente.

Indica el informe que el estudio se inició tanto para una polineuropatía congénita, solicitando estudios genéticos, como para una polineuropatía adquirida, siguiendo el protocolo diagnóstico de la Sociedad Española de Neurología para estas enfermedades, sin que en dicho protocolo se incluya la realización de una resonancia magnética medular.

También indica que en las consultas del 16 y 23 de agosto de 2012 no se objetiva, a la vista de los resultados de las pruebas solicitadas, a excepción del estudio genético, una causa primaria de la polineuropatía, ni el paciente refiere empeoramiento, siendo durante la consulta de seguimiento de 17 de enero de 2013 cuando el paciente refirió empeoramiento del trastorno motor en sus extremidades inferiores por lo que se solicitó EMG y una evaluación por rehabilitación en las que no se objetivaron cambios y sin que el paciente refiriera síntomas o se objetivaran

signos compatibles con un síndrome medular. Continúa señalando que, el paciente, aquejado de una mayor debilidad en miembros inferiores vuelve a ser evaluado el 4 de abril de 2013 solicitándose estudio de laboratorio para descartar causas de polineuropatía adquirida y un TAC cervico toraco abdomino pélvico. Ante la normalidad de las pruebas el 9 de mayo de 2013 se propone un ingreso para continuar el estudio de la polineuropatía, que podría incluir la realización de punción lumbar y otras técnicas.

Precisa también el informe, que fue durante el ingreso realizado en junio de 2013, para el estudio de su polineuropatía axonal, cuando el paciente refiere que ha sufrido en los últimos meses problemas de retención de orina, estreñimiento o disfunción eréctil en alguna ocasión aislada sin que estos síntomas fueran referidos en consultas previas por lo que fue en ese momento ante la posibilidad de que existiera un síndrome del cono medular sobreañadido a su polineuropatía cuando se solicita una RMN lumbosacra y tras el diagnóstico por imagen de una lesión expansiva en el cono medular se traslada al paciente a Neurocirugía para estudio y tratamiento sin demora.

El 23 de febrero de 2015, el Servicio de Archivo del Hospital Universitario La Paz informa que *“el CEP de José Marvá nos informa que la documentación de las asistencias prestadas se entregan en mano al paciente”*.

El 18 de mayo de 2015 la Inspección Sanitaria informó:

*“A la vista de lo actuado, hay indicios de que la atención prestada al reclamante podría haber sido incorrecta o inadecuada por las siguientes razones:*

- *Por una excesiva dilatación en el tiempo: transcurre más de un año desde los primeros síntomas hasta que se decide que ingrese para realizar un estudio más profundo de un cuadro progresivo que no termina de ser filiado.*

- *Por no aplicar -en el contexto de diagnóstico diferencial-una prueba asequible, sencilla y carente de riesgos como es una RNM que permitiría desde el comienzo descartar o confirmar otras patologías (una neoplasia) que podrían dar una sintomatología compatible con los signos más relevantes del cuadro que nos ocupa.*

*En todo caso debe señalarse que nos movemos en terreno de conjeturas ya que, con la información de que disponemos, no es posible atribuir con certeza toda la patología al proceso tumoral- pueden coexistir polineuropatía y tumor-y por tanto el alcance de haber realizado o no una RNM precoz no se puede aquilatar por completo”.*

Previo requerimiento de la Administración, el reclamante aporta al expediente diversa documentación: informes médicos, resolución de la directora general de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid de 4 de marzo de 2015 por la que se reconoce al reclamante un grado de discapacidad del 68%, dictamen técnico facultativo emitido el 4 de marzo de 2015 por el equipo de valoración y orientación de su centro base y resolución de la directora provincial de 5 de mayo de 2014 de reconocimiento de incapacidad permanente total.

El 27 de octubre de 2016 el reclamante presenta escrito otorgando su representación a un letrado, acompañado de un poder general para pleitos otorgado ante Notario el 6 de octubre de 2016.

A instancias del Servicio Madrileño de Salud, también se incorporó al procedimiento un informe de valoración del daño corporal emitido el 28 de diciembre de 2015 por un licenciado en medicina, especialista en valoración del daño corporal y que estima el daño en 79.732,81 €.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se evacuó el oportuno trámite de audiencia y el reclamante presentó

alegaciones en las que tras afirmar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración manifestaba sus discrepancias respecto a la valoración del daño contenida en el informe anteriormente señalado y realiza una doble valoración.

Por una parte, “*En aplicación de la legislación actual*” considera improductivos los 337 días que transcurren desde el 19 de julio de 2012 al 20 de junio de 2013 resultando una cuantía de 33.700 €, por secuelas 237.508,64 €, por perjuicio patrimonial por pérdida de la calidad de vida por las secuelas graves, 60.000, 00 € y por incapacidad permanente total 70.000,00 € lo que alcanza una indemnización total de 401.208,64 €.

Por otra, “*En el supuesto caso de aplicación del Baremo correspondiente al año 2014*” realiza la siguiente valoración: por 337 días improductivos, 19.684,17 €, por secuelas, 126.266,33 €, por incapacidad permanente total 73.426,72 € y por factor de corrección por ingresos 10%, 19.969,33, alcanzando una indemnización total de 219.662,67 €.

El día 1 de marzo de 2017 el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución que estimó parcialmente la reclamación al considerar que “*hay indicios de que la atención prestada al reclamante podría haber sido incorrecta o inadecuada*” y reconoce una indemnización 79.732,81 €.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad formuló preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 21 de abril de 2017, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión en su sesión de 18 de mayo de 2017.

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 lo dispuesto en el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, según establece su artículo 1.1. No obstante, de conformidad con su disposición transitoria tercera, apartado a), dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación presentada el 27 de noviembre de 2014, resulta de aplicación la normativa anterior, esto es, los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), que han sido desarrollados en el RPRP.

El reclamante está legitimado activamente al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que ha recibido la asistencia sanitaria que supuestamente le ha causado daños.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público 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, en los términos establecidos en el artículo 142.5 de la LRJ-PAC. En el presente caso, tal y como se manifiesta en el informe médico del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de 17 de junio de 2014, el paciente a dicha fecha se encuentra estabilizado clínicamente aunque sigue realizando ejercicio físico de manera habitual por lo que la reclamación, presentada el 27 de noviembre de 2014, está formulada en plazo.

De acuerdo con el artículo 10 del RPRP, se ha recabado el informe del servicio médico implicado y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. También se ha aportado un informe de valoración del daño a instancias del Servicio Madrileño de Salud.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia al reclamante, de conformidad con los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, y 82 y 84 de la LRJ-PAC, que formuló alegaciones. Finalmente, se ha dictado propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que en la instrucción del expediente no se ha omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

No obstante lo anterior, y teniendo en cuenta que al procedimiento que nos ocupa no se ha incorporado la documentación de las asistencias sanitarias dispensadas al paciente en el Centro de Especialidades José Marvá, se recuerda la obligación de incorporación a los expedientes de

todos los documentos comprensivos del mismo, tal como se recoge en la Memoria de esta Comisión Jurídica Asesora correspondiente al año 2016.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que 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, previsión desarrollada por la LRJ-PAC, en su Título X (artículos 139 y siguientes) al igual que hoy se hace en la LPAC y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2015 (recurso de casación 3547/2013) y 25 de mayo de 2014 (recurso de casación 5998/2011), requiere conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJ-PAC:

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”*.

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.

En este sentido se pronuncia el Tribunal Supremo en doctrina reiterada (por todas, la sentencia de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) y recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012), que *“cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

**CUARTA.-** En el presente caso, el reclamante considera que ha existido retraso diagnóstico y demora en la realización de la RMN, pues sostiene que, cuando acudió al Servicio de Neurología el 19 de julio de 2012 no se pautó la realización de dicha prueba a pesar de la sintomatología que padecía de pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores de manera

simétrica, progresando a atrofia y pie caído que dificultaba la marcha, de manera que al no efectuarse la RMN hasta el 20 de junio de 2013 se produjo un retraso en el diagnóstico del quiste medular que presentaba lo que agravó el proceso neurológico que padecía y aumentó la entidad de las secuelas que padece.

A la vista del expediente examinado, no cabe duda que el reclamante sufre la lesión por la que reclama pues así resulta de la documentación médica de la que hemos dado cuenta en los antecedentes de este dictamen. En este punto la RMN realizada el 20 de junio de 2013 en el Hospital Universitario La Paz informa de que el interesado padece un *“proceso expansivo intrarraquídeo localizado a la altura del cono medular, de localización extramedular y contenido quístico sin realce con el contraste que podría corresponder a un quiste epidermoide”* por el que fue intervenido quirúrgicamente el 8 de julio de 2013.

El servicio implicado en el proceso asistencial del reclamante se limita a dar cuenta de las distintas asistencias prestadas al interesado y señalar, que en ningún momento de ese seguimiento el paciente refirió síntomas o se objetivaron signos compatibles con un síndrome del cono medular puesto que la exploración siempre correspondió a una posible evolución de su polineuropatía axonal motora; que los hallazgos crónicos de los estudios electromiográficos sugirieron un origen congénito determinado genéticamente, así como, que *“la presencia de un quiste epidermoide en el cono medular no explica los síntomas que sufría el paciente ni es causa de la polineuropatía axonal crónica que padece y para la que se encontraba en estudio”*.

Sin embargo, el informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto que el que una polineuropatía no precise, por su naturaleza, la realización de una RNM y que tal prueba no forme parte del proceso diagnóstico de ese tipo de patología, no hace aconsejable prescindir por completo de tal exploración. Y concluye, que si bien pueden coexistir polineuropatía y

tumor, existen indicios de que la atención prestada al reclamante podría haber sido incorrecta o inadecuada al transcurrir más de un año desde los primeros síntomas hasta que se realiza una RNM, prueba sencilla, asequible y carente de riesgos que hubiera permitido desde el comienzo descartar o confirmar otras patologías.

En estas consideraciones incide el informe pericial elaborado a instancias del Servicio Madrileño de Salud.

Así pues, de los datos que obran en la historia clínica y por los informes médicos emitidos en el curso del procedimiento, podemos concluir que la patología que padecía el reclamante no se diagnosticó de forma adecuada, y que ese retraso de diagnóstico, constitutivo de una infracción de la *lex artis*, supuso un daño al interesado que no tiene el deber jurídico de soportar.

**QUINTA.-** Sentado lo anterior, procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 12 del Real Decreto 429/1993, pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados, lo que debe hacerse, por expresa indicación del artículo 141.3 LRJ-PAC, con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo

La diferencias existentes entre la valoración efectuada por el Servicio Madrileño de Salud en la propuesta de resolución en base al informe pericial aportado y la efectuada por el reclamante en su escrito de reclamación y alegaciones en aplicación del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, que aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor y en concreto, aplicando el baremo contenido en la Resolución de 5 de marzo de 2014 por ser el vigente en el momento de los hechos, difieren, en los días de incapacidad temporal, que para el reclamante se trata de 337 días impeditivos mientras que el informe pericial considera se deben valorar como no impeditivos, alcanzando también las diferencias a secuelas, incapacidad permanente total y perjuicios particulares.

Tal como ha sido indicado en antecedentes, el reclamante aportando únicamente como prueba sobre valoración del daño una resolución de reconocimiento de un grado de discapacidad del 68%, y una resolución de reconocimiento de incapacidad permanente total sitúa en 219.662,67 € el importe de la indemnización pretendida, con el siguiente desglose: por 337 días impeditivos, 19.684,17 €, por secuelas, 126.266,33 €, por incapacidad permanente total 73.426,72 € y por factor de corrección por ingresos 10%, 19.969,33 €.

Por su parte, la propuesta de resolución recogiendo la valoración efectuada por el informe pericial aportado a instancias del Servicio Madrileño de Salud reconoce una indemnización de 79.732,81 € euros en atención a 337 días no impeditivos, secuelas en las que se ha tenido en cuenta el estado anterior de paraparesia leve de miembros inferiores que padecía el reclamante, un factor de corrección del 10% por encontrarse el reclamante en edad laboral y un 40% respecto a la incapacidad permanente total.

A la hora de valorar el daño y ante la falta de aportación de pruebas por parte del reclamante para fundamentar su pretensión indemnizatoria, esta Comisión comparte el criterio contenido en el informe pericial de valoración del daño corporal realizado a solicitud del Servicio Madrileño de Salud toda vez que el reclamante únicamente ha acreditado que tiene reconocido un grado de discapacidad de un 68% en base a cinco patologías, de las cuales, tan solo 2 son derivadas del tumor, pero eso no implica que sean derivadas del retraso diagnóstico, reclama secuelas psicológicas que no acredita, y en la resolución de reconocimiento de la incapacidad permanente total no constan las limitaciones funcionales que padece.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad reconociendo al reclamante una indemnización de 79.732,81 euros, cantidad que deberá ser actualizada conforme al artículo 141.3 de la LRJ-PAC.

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 18 de mayo de 2017

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 195/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid