

Dictamen nº: **266/17**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.06.17**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 29 de junio de 2017, emitido ante 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 asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los perjuicios ocasionados por *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Gregorio Marañón tras sufrir un episodio de pérdida de conciencia.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 30 de diciembre de 2014 tuvo entrada en el Registro del Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con los perjuicios sufridos por la reclamante como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada el día 3 de octubre de 2013 en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (en adelante, HGUGM), donde acudió, tras sufrir un episodio de pérdida de conciencia brusca.

En la reclamación relata que el citado día 3 de octubre de 2013, encontrándose confusa y debilidad generalizada que le impedía

ponerse en pie, avisó a una vecina que solicitó una ambulancia que la trasladó al HGUGM donde permaneció 12 horas con juicio clínico de *“Episodio de desconexión del medio compatible con síncope con pérdida de control de esfínter urinario en el contexto de infección bucal”*, descartando el neurólogo del Servicio de Urgencias, patología neurológica alguna.

Precisa, que pese a que en el TAC cerebral sin contraste que se le realizó se recomendaba estudio de control, fue dada de alta el mismo día 3 de octubre de 2013, sobre las 20.45 horas *“sin fuerza en la mano y con problemas para hablar”*. Ya en su domicilio, aproximadamente a las 22:30 horas, tras un episodio de pérdida de conciencia avisa al 112 que la trasladó al Hospital Universitario de Guadalajara, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de *“coma en posible relación con ictus isquémico hemisferio derecho”*.

Prosigue su relato indicando, que en la Unidad de Cuidados Intensivos necesitó ventilación mecánica hasta el día 7 de octubre, pasando a planta el día 8 de octubre donde permaneció hasta el 21 de octubre de 2013 que recibió alta hospitalaria con un diagnóstico de:

“1.- Trombosis de senos venosos cerebrales.

z. - Síndrome antifosfolípido.

3.- Trombo en el ápex del ventrículo izquierdo.

4.-Infarto pulmonar en la porción superior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

3.- Disfunción miocárdica en posible relación con el anterior.

4. - Coma multifactorial revertido”.

También pone de manifiesto, que tras el alta hospitalaria comenzó rehabilitación, tratamiento médico y farmacológico, con revisiones constantes, continuando en tratamiento de las lesiones neurológicas y cardíacas a la fecha de presentación de la reclamación.

Designa a efectos de notificaciones la dirección del despacho de un letrado y cuantifica el importe de la indemnización en 250.000 euros.

A la reclamación acompaña diversa documentación médica.

SEGUNDO.- Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

La paciente, de 66 años de edad en el momento de los hechos, el 3 de octubre de 2013 fue atendida a las 12,04 h, por un médico del SUMMA 112, previa llamada de un vecino de la paciente solicitando una ambulancia. Tras la exploración y con juicio clínico de déficit neurológico por ACV transitorio/accidente isquémico transitorio es trasladada en ambulancia al Servicio de Urgencias del HGUGM.

Ingresa en el Servicio de Urgencias del HGUGM, por pérdida de conciencia brusca, con traumatismo craneoencefálico, sin claro mareo previo, no dolor torácico ni disnea, disartria desde el día anterior que notó torpeza y disminución de fuerza en la mano izquierda. A la exploración realizada sobre las 13,40 h., se encuentra consciente, orientada, levemente deshidratada, no adenopatías, abdomen blando, depresible, no doloroso, femorales presentes simétricos y desde el punto de vista neurológico: disartria, torpeza y mínima disminución de fuerza en mano izquierda, sin signos meníngeos, resto anodino. Marcha no explorada.

Se realizan pruebas complementarias: TAC de cráneo, analítica y sistemático de orina.

Se solicitó valoración al Servicio de Neurología de Guardia que realizó exploración física no observando alteración de sensibilidad tactoalgésica salvo por dolor en hemicara izquierda que correspondía a región del flemón, sin alteración de la fuerza, es simétrica, sin disimetrías ni disdiadococinesias. En el TAC craneal, pendiente de informe radiológico definitivo, no se observan signos de sangrado ni de isquemia agudos. Leucoaraiosis sin otras alteraciones patológicas relevantes. Con juicio clínico de episodio de desconexión del medio compatible con síncope, con pérdida de control de esfínter urinario en el contexto de infección bucal, sin precisar tratamiento específico, se procede al alta por parte del Servicio de Neurología

El TAC craneal sin contraste realizado es informado por el Servicio de Radiología. Como único hallazgo reseñable se aprecia una pequeña área de hiperdensidad irregular en la región posterior de la hoz encefálica y paredes del seno longitudinal superior que sugieren un pequeño hematoma subdural en esta localización, con dudosas imágenes de hiperdensidad subcorticales, hallazgos que podrían relacionarse con los antecedentes de traumatismo craneoencefálico. Recomendándose estudio de control.

Durante su permanencia en el Servicio de Medicina Interna de Urgencias, la paciente permanece asintomática, sin nueva sintomatología asociada. Los resultados de analíticas y pruebas de imagen no evidencian alteraciones significativas. Valorada por el Neurólogo del Servicio de Urgencias que descarta patología por su parte y en ausencia de patología en ese momento se decide alta por el Servicio de Medicina Interna de Urgencias.

El 4 de octubre de 2013, ya en su domicilio, avisan al 112, que procede a su intubación, conexión a ventilación mecánica y

traslado al Hospital Universitario de Guadalajara. En el Servicio de Urgencias del hospital, se realiza exploración física y exploraciones complementarias. En TAC craneal sin contraste se observa pequeño componente hemorrágico en región posterior de cisura interhemisférica y área puntiforme parenquimatosa hemorrágica en región parietal izquierda. Línea media conservada. Surcos, cisternas y ventrículos simétricos. No alteraciones parenquimatosas valorables.

Tras las pruebas realizadas se comenta a la paciente y al Servicio de Neurocirugía del Hospital de Toledo por si la paciente fuese subsidiaria de incluirla en código ictus. Se rechaza el caso por lo prolongado de la evolución y se decide su ingreso a las 03,00 h. en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de sospecha de ictus isquémico hemisférico derecho. Llama la atención una cifra de troponina de 3,61 ng/ml

Se monitoriza, se conecta a ventilación mecánica, se inicia perfusión y se canaliza arterial radial izquierda y vena yugular izquierda por imposibilidad de canalizar subclavia de ese lado. Se disminuye dosis de propofol.

Se realiza TAC con contraste y se encuentran signos de extensa trombosis en el seno longitudinal superior prácticamente en toda su extensión con trombosis de una vena parietal posterior izquierda y otra en el lado derecho. Se extiende por el seno lateral izquierdo y por la vena yugular interna de ese lado. Tiene hipodensidad del cortex en el estudio basal que se interpreta como probable infarto venoso con mínimo componente de hemorragia petequiral. A la vista de dicho diagnóstico se inicia tratamiento anticoagulante con heparina sódica en perfusión continua.

Permaneció en Unidad de Cuidados intensivos hasta el 8 de octubre de 2013 que ingresó en planta del Servicio de Neurología, recibiendo alta médica el 21 de octubre de 2013 con diagnóstico de trombosis de senos venosos cerebrales, síndrome antifosfolípido, trombo en el ápex del ventrículo izquierdo, infarto pulmonar en la porción superior del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, disfunción miocárdica en posible relación con el anterior y coma multifactorial revertido.

Tras el alta hospitalaria fue valorada por el Servicio de Rehabilitación e inició tratamiento con fisioterapia y logopedia, con seguimiento y tratamiento ambulatorio en los Servicios de Cardiología y Neurología del Hospital Universitario de Guadalajara que con respecto a las secuelas. Además, 4 de febrero de 2014 del Servicio de Neurología, del Hospital Universitario de Guadalajara que con respecto a las secuelas neurológicas, en informe de 4 de febrero de 2014, indicaba que la paciente se encontraba *“estable y sin nuevas incidencias de su problema neurológico”*, con una leve debilidad muscular de la región hipotenar.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior se inicia expediente de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y 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).

Los reclamante, fueron requeridos en solicitud de diversa documentación clínica, en la que se fundamentaba el informe pericial aportado.

Se ha incorporado al procedimiento la documentación médica de la atención sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de Guadalajara y en el HGUGM.

De conformidad con lo previsto en el artículo 10.1 del RPRP, se ha incorporado al procedimiento informe de 13 de enero de 2015 del Servicio de Medicina de Urgencias del HGUGM poniendo de manifiesto, que la paciente fue valorada por especialistas en Neurología del equipo de guardia cuando se dispuso del TAC de cráneo que descartó patologías neurológicas, y tras dicha evaluación, en torno a las 21,00 h. otro médico del equipo de guardia del Servicio de Urgencias al no encontrar ningún cambio clínico ni la aparición de nueva sintomatología procedió a dar de alta a la paciente, remitiéndola a control de su médico de Atención Primaria.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de 19 de enero de 2015 del Servicio de Neurología del HGUGM. El informe explica que la paciente fue valorada por el equipo de guardia de Neurología el día 3 de octubre de 2013, a petición del Servicio de Urgencias de Medicina Interna y que durante la valoración, se encontraba asintomática, sin que en la exploración neurológica realizada se objetivaran alteraciones del habla ni pérdida de fuerza en las extremidades, incluida la mano izquierda.

El médico informante indica que la paciente presentaba además un flemón en seguimiento médico, *“rubor fácil y dolor a la palpación en el carrillo izquierdo”* y subraya que en la exploración se siguió el protocolo médico: se le tomó la tensión arterial, que fue normal, analítica de sangre con resultados compatibles con la infección bucal que presentaba y con respecto al episodio de pérdida de conciencia se realizó un TAC craneal que fue informado por el radiólogo de guardia *“como normal”*.

Finalmente destaca, que después de permanecer 10 horas en observación, la paciente se encontraba asintomática desde el punto de vista neurológico por lo que *“el equipo de guardia de Neurología informó al Servicio de Urgencias de Medicina Interna en el que se encontraba ingresada, que finalizaba la interconsulta a Neurología, quedando la paciente en observación a cargo de Medicina Interna”*.

Asimismo, el 27 de enero de 2015, el subdirector de Enfermería Responsable de Atención al Usuario del SUMMA 112 incorpora al procedimiento el informe de asistencia sanitaria realizada por el personal sanitario de la UVI móvil del SUMMA 112 que atendió a la paciente el día 3 de octubre de 2013 y adjunta transcripción de la llamada efectuada por la paciente al 112 el día 3 de octubre de 2013.

La Inspección Sanitaria por su parte, tras analizar una exhaustiva relación de hechos y efectuar las consideraciones médicas oportunas alcanza, entre otras, la siguiente conclusión: *“Se siguieron los protocolos de asistencia sanitaria, a mi juicio se cometió un error diagnóstico potencialmente evitable con un nivel de PERICIA muy ELEVADO tanto en la exploración física como en la interpretación del TAC, teniendo presente que las pruebas sin contraste son claramente INSUFICIENTES para detectar las trombosis de senos venosos”*.

Obra también en el expediente un informe pericial de 9 de agosto de 2016 emitido por una especialista en Valoración del Daño Corporal en el que cuantifica el daño sufrido por la reclamante en 4.299,37 euros.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 LRJ-PAC y el artículo 11 del RPRP se confirió trámite de audiencia a la interesada, que presentó alegaciones por escrito ratificándose en la existencia de nexo causal entre la trombosis de senos venosos cerebrales y la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el HGUGM.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad dicta propuesta de resolución el 5 de mayo de 2017, en la que a la vista del informe de la Inspección Médica, estima parcialmente la reclamación presentada en 4.299,37 euros.

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 26 de mayo de 2017.

A dicho expediente se le asignó el número 221/17, 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 29 de junio 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 de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley Reguladora 7/2015, de 28 de diciembre (LRCJA), según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de*

responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”.

En el caso que nos ocupa, la reclamante ha cifrado el importe de la indemnización solicitada en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y al RPRP, al haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

Ostenta la reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la LRJ-PAC, por cuanto es la persona afectada por la supuesta deficiente asistencia sanitaria.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del HGUGM perteneciente a la red asistencial madrileña.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, si bien la paciente permaneció ingresada desde el 3 de octubre de 2013 hasta el 21 de octubre de 2013, consta

en informe de 4 de febrero de 2014 del Servicio de Neurología, del Hospital Universitario de Guadalajara que respecto a las secuelas, a dicha fecha se encuentra “*estable y sin nuevas incidencias de su problema neurológico*”, por lo que la reclamación presentada el día 30 de diciembre de 2014, está formulada en plazo.

En la tramitación del procedimiento se ha seguido los trámites legales y reglamentarios. Como se dijo anteriormente, se ha recabado y evacuado el informe de los Servicios de Medicina de Urgencias y de Neurología del HGUGM. También durante la instrucción se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria. Asimismo, se ha conferido trámite de audiencia a la interesada, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP y se ha redactado la oportuna 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, 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, la reclamante considera que ha existido *mala praxis* en la atención sanitaria dispensada en el HGUGM, al considerar que recibió un alta precipitada en dicho hospital, cuando debió permanecer en observación teniendo síntomas evidentes de una lesión neurológica grave. Para acreditar el daño, solo aporta como prueba determinados documentos de la historia clínica de la paciente, por lo que cobran un especial valor los informes que obran en el procedimiento.

El informe del Servicio de Medicina de Urgencias, destaca que fue atendida por un médico de dicho Servicio que solicitó una serie de pruebas complementarias que incluían un TAC de cráneo siendo valorada por el equipo de guardia de Neurología cuando se dispuso del mismo y, tras un periodo de evolución *“rigurosamente normal”* se

descartó patología neurológica. Evaluada por otro médico del equipo de guardia del Servicio de Urgencias, en torno a las 21,00 h., no encontró ningún cambio clínico ni aparición de nueva sintomatología, procediendo a dar de alta a la paciente.

Por lo que respecta al informe del Servicio de Neurología del HGUGM, indica que se siguió el protocolo de valoración de un episodio de pérdida de conciencia, realizándose un TAC craneal que fue informado por el radiólogo de guardia como normal, por lo que transcurridas 10 horas en observación y encontrándose asintomática la paciente durante la exploración neurológica, el equipo de guardia del Servicio de Neurología informó al Servicio de Urgencias de Medicina Interna que finalizaba la interconsulta de Neurología, quedando la paciente en observación a cargo del Servicio de Medicina Interna.

Reviste sin embargo una especial importancia el informe de la Inspección Sanitaria en cuanto se trata de un informe con especiales garantías de imparcialidad y profesionalidad tal como viene reconociendo reiteradamente esta Comisión Jurídica Asesora.

En este caso, la Inspección considera, que la atención prestada en el Servicio de Urgencias del HGUGM siguió protocolos establecidos en cuanto a anamnesis, exploración y solicitud de pruebas si bien, encuentra contradicción entre la exploración de Medicina Interna y de Neurología en la Urgencia del HGUGM al calificar el internista de disartria la alteración del habla de la paciente mientras que el neurólogo considera que se trata de xerostomía. Indica también, que a su juicio, se cometió un retraso de diagnóstico potencialmente evitable tanto en la exploración física como en la interpretación del TAC *“teniendo presente que las pruebas sin contraste son claramente insuficientes para detectar las trombosis de senos venosos”*, por lo que

a su juicio, el adelanto de unas horas en el diagnóstico podría haber suavizado el curso evolutivo del proceso.

De lo expuesto se deduce que la actuación de los servicios sanitarios no fue correcta de tal forma que existió un retraso de unas horas en el diagnóstico y tratamiento de una trombosis de senos venosos cerebrales que generó una pérdida de oportunidad para la paciente.

Como recuerda la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010:

«Esta privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de “pérdida de oportunidad” se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias».

En cuanto a los presupuestos para la aplicación de esta doctrina, la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en la sentencias de 13 de julio de 2005 y 12 de julio de 2007, expresa que *“para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación*

relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios”.

En este caso, a juicio de la Inspección Sanitaria, el adelanto de unas horas en el diagnóstico podría haber suavizado el curso evolutivo del proceso.

QUINTA.- Sentado lo anterior, procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 12 del RPRP, pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

La reclamante solicita una indemnización de 250.000 euros.

En los casos de responsabilidad por apreciar la concurrencia de una pérdida de oportunidad, tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en su Dictamen 146/17, de 6 de abril, que el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable para el paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió.

Por su parte, la sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recuerda que en la pérdida de oportunidad no se indemniza la totalidad del perjuicio sufrido, sino que precisamente ha de valorarse la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida, en este caso en tiempo, pudiera haber evitado o minorado el daño. Hay que valorar dos elementos de difícil concreción como son el grado de probabilidad de que se hubiera producido el efecto beneficioso y el grado, entidad o alcance de este

mismo [sentencias del Tribunal Supremo, Sala 3º, de 19 de octubre de 2011 (recurso de 21/23 casación nº 5893/2006) y de 22 de mayo de 2012 (recurso de casación nº 2755/2010), y sentencia, Sala 4ª, de 3 de diciembre de 2012 dictada en el recurso de casación para la unificación de doctrina nº 815/2012].

En este caso, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado, teniendo en cuenta que el retraso en el diagnóstico refiere a unas horas, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuado reconocer una cantidad global de 5.000 euros y no aplicar el baremo establecido para los accidentes de tráfico, baremo tenido en cuenta en el informe de valoración de daño corporal obrante en el expediente, pues entendemos, que los conceptos que se recogen en el baremo no encuentran encaje para indemnizar el caso que nos ocupa.

También el Consejo Consultivo optó por el reconocimiento de una indemnización por una cantidad global en los casos de pérdida de oportunidad en sus dictámenes 91/14 y 187/15, entre otros, y esta Comisión Jurídica Asesora lo ha hecho en sus dictámenes 400/16, de 15 de septiembre, 508/16, de 10 de noviembre y 133/17 de 30 de marzo, entre otros.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por apreciarse una pérdida de oportunidad en la asistencia sanitaria

prestada a la reclamante en el HGUGM, y reconocer una indemnización de 5.000 euros que debe entenderse actualizada.

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 29 de junio de 2017

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 266/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid