

Dictamen nº: **739/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.11.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 29 de noviembre de 2022, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D..... y D.^a, en representación de su hija menor de edad, por daños derivados de retraso diagnóstico en el Hospital Universitario Niño Jesús.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por medio de escrito presentado el 9 de octubre de 2020, representados por abogado, los padres de la menor antes citada formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del retraso en el diagnóstico e intervención de apendicitis, que derivó en una peritonitis, por parte del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Niño Jesús (HUNJ).

En concreto, en el escrito se relata la asistencia dispensada por el citado servicio, exponiendo que el día 22 de marzo de 2020 la menor es trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Universitario

Niño Jesús por padecer fiebre, dolor abdominal difuso tipo cólico, vómitos y diarrea, y tras su valoración se le diagnostica vómitos, dolor abdominal sin datos de alarma en ese momento.

Al día siguiente vuelven a llevarla a urgencias del citado hospital, por presentar dolor abdominal, sensación de disnea junto con dolor en región torácica central, tras ser valorada, se diagnostica disnea de probable origen ansioso. No se prescribió ni analítica ni ecografía.

Con fecha 28 de marzo vuelven a ir Urgencias del Hospital que nos ocupa, por dolor abdominal, fiebre de hasta 39,1°C, vómitos y diarreas, por lo que se le diagnostica gastroenteritis aguda y polaquiuria, y se le recomienda dieta normal y paracetamol.

Con fecha 2 de abril del 2020 la menor ingresó de urgencias en el servicio de Cirugía Pediátrica del Niño Jesús, donde tras la realización de ecografía y posterior TAC abdominal se objetiva que tiene una apendicitis evolucionada instaurada y una peritonitis diseminada, cuadro localizado en fosa iliaca derecha. En la cirugía de urgencia se encontró una peritonitis generalizada con destrucción del apéndice, una necrosis del intestino proximal, que se tuvo que quitar y se exteriorizó temporalmente con una estoma.

Consideran los reclamantes que hubo un evidente error de diagnóstico que le ha dejado secuelas físicas y psíquicas que se hubieran evitado con un tratamiento precoz.

La reclamación que no cuantifica la indemnización que solicita, se acompaña de poder notarial, libro de familia, los informes médicos de la asistencia recibida, fotografías y un informe sin firmar en el que se afirma que hubo un retraso diagnóstico que dio lugar a una peritonitis generalizada.

SEGUNDO.- Acordado el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial, el órgano instructor ha recabado la historia clínica, de la que se extraen los siguientes datos de interés para la emisión del presente dictamen:

La hija de los reclamantes, de 12 años, es llevada a Urgencias del HUNJ el día 22 de marzo de 2020 por fiebre máxima de 38,9 de 6 días de evolución y dolor abdominal difuso tipo cólico que mejora parcialmente con paracetamol. Se asocia vómitos y diarrea al inicio que desaparecieron permaneciendo sensación nauseosa. No disuria. Exploración: 37,8. Buen estado general, no aspecto séptico. Bien nutrida, eupneica. No exantemas. Abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias. No dolor a la palpación. Escala de dolor 7 puntos. En Urgencias presenta vómitos y se le administra ondasetron y metamizol así como suero hiposódico para rehidratación. Tras comprobar tolerancia se da de alta con diagnóstico de dolor abdominal sin datos de alarma y tratamiento con metamizol 575mg/8h, en caso de dolor.

Acude de nuevo el día 23 por el mismo motivo, recogiéndose: “*dolor abdominal. Refiere también sensación de disnea junto con dolor torácico no irradiado. El dolor empeora con el movimiento. Refiere dolor abdominal difuso tipo punzante en región hipogástrica. Mejora parcialmente con paracetamol. No clínica miccional. Sensación nauseosa intermitente, asoció náuseas y vómitos al principio. Exploración: Saturación de oxígeno 96%, glucemia capilar 161, peso 62,3, TA 93/54, pulso 146. Aceptable estado general, no aspecto séptico. Bien nutrida, hidratada y perfundida. Polipneica sin tiraje. No exantemas. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni visceromegalias. Doloroso a la palpación*”. Como diagnóstico se refiere: “*Dado el buen estado general se le da de alta con diagnóstico*

de disnea de posible origen ansioso y tratamiento con metamizol y paracetamol”.

El posterior día 28 es llevada de nuevo al centro hospitalario por dolor abdominal y fiebre de 39,1 de 24 h de evolución. Diarrea (5 deposiciones líquidas, sin sangre, moco). Dolor abdominal cólico, intermitente, no irradiado ni referido, no relacionado con cambios posturales. Polaquiuria de 36 h de evolución, con sensación de micción incompleta. Sin tos ni rincorrea. No dolor torácico. No vómitos. Desde el episodio similar de la semana anterior permaneció asintomática hasta el comienzo del actual. Exploración física: peso 61 kg, temperatura 39,1. Buen estado general, no aspecto séptico. Bien nutrida, hidratada y perfundida. Eupneica sin tiraje. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes sin signos de lucha. Blando globuloso y depresible sin masas nivisceromegalias. Dolor a la palpación en flanco derecho, puño percusión renal no doloroso. No defensa abdominal. Blumberg y Rovsing claramente negativos. Analítica de orina sin hallazgos. Se diagnostica de gastroenteritis aguda y polaquiuria. Se da de alta con tratamiento con paracetamol y suero hiposódico oral.

El 2 de abril se recoge que ingresa urgente en Cirugía Pediátrica por cuadro de dolor abdominal y fiebre de aproximadamente 15 días de evolución, junto a aumento del ritmo de las deposiciones y vómitos al principio del cuadro. Valorada en este servicio los días 22, 23 y 28 con diagnósticos de dolor abdominal, disnea de origen ansioso y gastroenteritis aguda. Acude por persistencia del dolor abdominal y fiebre confirmándose los hallazgos de peritonitis de probable origen apendicular en ecografía abdominal. Ante dicho diagnóstico se indica intervención quirúrgica urgente.

El 3 de abril es intervenida mediante técnica de McBurney ampliada hacia transversa suprapública y hacia vacío derecho. Se aprecia gran peritonitis generalizada con varias colecciones de gran cantidad de

material purulento en FID, hipocondrio derecho, mesogastrio a nivel retrovesical, hipocondrio izquierdo y FII. Dichos abscesos se asocian a distintas zonas de asas formando plastrones inflamatorios múltiples. Intestino delgado ligeramente dilatado desde válvula ileocecal con epiplón adherido e inflamado y una colección de pus, donde asienta la base del apéndice ileocecal, que está digerido en su totalidad, salvo en su base. Múltiples adherencias entre asas de intestino delgado. Se realiza drenaje de las colecciones de pus y de la peritonitis generalizada, así como adhesiolisis generalizada de todo el intestino delgado. Apendicectomía de resto de muñón apendicular residual. Resección de 20 cm de asa de yeyuno necrótica y realización de yeyunostomía en cañón de escopeta, aproximadamente a 60-70 cm de ángulo de Treitz. Se toman muestras de líquido purulento intraperitoneal y se deja drenaje.

La menor permanece en la UCI desde el 3 hasta el 19 de abril que es trasladada a planta. Durante su estancia en UCI permanece hemodinámicamente estable, con taquicardia intermitente. Inicialmente no precisa soporte respiratorio iniciando en días posteriores oxigenoterapia en gafas nasales por taquipnea. Presenta gran distensión abdominal con respiración superficial y taquipnea por lo que se aumenta soporte respiratorio a O₂ de alto flujo, que se puede retirar días después. Dos días tras la cirugía se observa salida de líquido bilioso tanto por la herida quirúrgica como por el drenaje y empastamiento a tensión de zona subcutánea en abdomen superior y en región posterior toracoabdominal derecha que aumenta progresivamente. Los días siguientes persiste salida abundante de drenaje por la herida.

El día 7 se debe realizar relaparotomía por herida quirúrgica previa, constando: Exploración del intestino delgado correspondiente a yeyuno, desde asa fija hasta cabo proximal de yeyunostomía. También exploración de cabo distal, en un trayecto aproximado de 15-20 cm. Tras confirmar existencia de perforaciones y comprobar viabilidad del resto

del intestino, se procede a la sutura de la perforación más proximal en yeyuno y a la reconstrucción de la yeyunostomía en cañón de escopeta, ampliando la disección del mesenterio correspondiente al cabo distal y resecando la zona que incluía las perforaciones en el cabo proximal. Drenaje manual de absceso subfrénico derecho y del contenido purulento del resto de la cavidad abdominal. Se dejan drenajes.

El 12 de abril se realiza TC toracoabdominal para comprobar integridad de tracto intestinal (descartar otra perforación) ya que las gasas que cubren la herida ocasionalmente aparecen manchadas con bilis con dudosa procedencia de la yeyunostomía. Se observa colección subdiafragmática derecha que ha aumentado discretamente de tamaño respecto a TC previo. Cambios postquirúrgicos con yeyunostomía de descarga, con imagen de contraste oral lateral a la yeyunostomía que puede corresponder con fuga del mismo y que asocia aire y cambios en la grasa inmediatamente profunda, en posible relación con colección. El TC no es concluyente pero ante la imagen de colección subdiafragmática derecha que ha aumentado discretamente de tamaño respecto al TC previo se realiza nueva revisión quirúrgica.

El 13 de abril se realiza intervención quirúrgica para revisión de la herida y desbridamiento de la misma, confirmándose la ausencia de perforaciones intestinales en zona de yeyunostomía, tras tutorización de ambos cabos. Se observa ausencia de plano fascial en región más lateral de la laparotomía, con asas de intestino delgado cubiertas por tejido de granulación y contenidas en la cavidad abdominal. Se drena contenido purulento de cavidad abdominal procedente de flanco derecho y FS Douglas, dejando colocado drenaje.

El débito decreciente de los drenajes intraabdominales y de la herida quirúrgica permite su retirada consecutiva hasta los días previos al alta, sin objetivarse cambios en la condición clínica ni analítica. En el momento del alta la paciente se encuentra afebril, la herida quirúrgica y

la yeyunostomía presentan buen aspecto y tolera la alimentación completa por vía oral, sin necesidad de aportes por vía parenteral. Así mismo la familia practica el cambio de discos y bolsas de enterostomía sin incidencias. Ante dicha situación clínica se decide alta hospitalaria el 25 de abril y seguimiento ambulatorio hasta programación quirúrgica próxima para reconstrucción del tránsito intestinal.

Del 18 al 29 de junio ingresa en Cirugía Pediátrica para reconstrucción de tránsito intestinal. Presenta también eventración de región lateral de laparotomía. Se realiza intervención quirúrgica para reconstrucción intestinal con cierre del estoma de intestino delgado. Se repara la eventración colocando malla bicapa.

El 25 de julio de 2020 acude a Urgencias por dolor abdominal sin que se objetivase patología.

En consultas posteriores realizadas en el HUNJ evoluciona favorablemente.

TERCERO.- En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente los informes de los servicios intervinientes.

Así, con fecha 20 de noviembre de 2020 ha emitido informe el jefe del Servicio de Urgencias del centro hospitalario, haciendo referencia a cada una de las asistencias prestadas los días 22, 23 y 28 de marzo y 2 de abril, concluyendo que el retraso en el diagnóstico fue consecuencia de una presentación clínica muy atípica, con hallazgos en la historia y la exploración no sugestivos de una apendicitis aguda.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, se emite el 23 de abril de 2021. La inspectora médica, tras el examen de la historia clínica, señala que si bien la paciente presentaba síntomas que no eran típicos de apendicitis, afirma que un 50% de las apendicitis no se presentan de

forma típica y que es precisamente en estos casos cuando hay que valorar la realización de exploraciones complementarias que puedan ayudar al diagnóstico. La realización de una analítica el día 28 de abril, con recuento de leucocitos y fórmula y proteína C reactiva en primer lugar y las pruebas de imagen como la ecografía o en último término el TC, todas ellas disponibles en este Hospital, podrían haber adelantado el diagnóstico. En este caso, al no haberse realizado analítica, la médica inspectora considera que la valoración es incompleta, ya que las escalas consideran la existencia de leucocitosis, desviación izquierda o proteína C reactiva. Aún con esta carencia, considerando solo los signos y síntomas se trataría de una paciente con puntuación compatible con riesgo intermedio, que debería haberse dejado en observación en el Hospital o haber completado el estudio con pruebas de imagen o con la valoración por el Servicio de Cirugía. Todo ello le llevan a concluir que existió un retraso de 5 días en el diagnóstico de apendicitis que ha podido condicionar el tratamiento y el resultado final del mismo.

Consta solicitado el expediente administrativo por la Sección Décima del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, por haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación con el número de procedimiento ordinario 736/2021, siendo remitido el 29 de julio de 2021.

Con fecha 22 de enero de 2022 se notifica al abogado de los reclamantes que la compañía aseguradora intentará llegar a un acuerdo para finalizar el procedimiento.

El 22 de mayo de 2022 la compañía de seguros comunica al SERMAS la ausencia de acuerdo.

Consta incorporado informe de valoración del daño, suscrito por perito médico, que lo cuantifica en 51.910,54 euros, según el siguiente desglose:

1. Por lesiones temporales:

- 17 días muy graves x 104,42: 1.775,14 euros.
- 17 días graves x 78,31: 1.331,27 euros.
- 94 días moderados x 54,30: 5.104,20 euros.

2. Intervenciones quirúrgicas:

- 4 intervenciones: 3.497,90 euros.

3. Secuelas:

- Perjuicio psicofísico 10 puntos: 10.946,84 euros.
- Perjuicio estético 20 puntos: 29.255,19 euros.

El órgano instructor acuerda dar trámite de audiencia a los reclamantes cuyo abogado presenta alegaciones de fecha 13 de junio reiterando su reclamación.

Finalmente, el 28 de octubre de 2022 se formula propuesta de resolución, por la que estima la reclamación y reconoce una indemnización de 51.910,54 euros.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 15 de noviembre de 2022, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 29 de noviembre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos 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 quince mil 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 instancia de interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, la ostenta la perjudicada por la asistencia recibida, representada en este caso por sus padres, en virtud de lo dispuesto en el artículo 154 del Código Civil.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario de su titularidad.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.2 LPAC el

derecho a reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, en tanto que el diagnóstico tardío de la apendicitis se constató el 2 de abril de 2020, precisando de asistencia sanitaria al menos hasta julio del mismo año, la reclamación presentada el 9 de octubre de 2020 se encuentra sin lugar a dudas en plazo.

Respecto al procedimiento seguido, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, al servicio cuya actuación es objeto de reproche. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se ha dado audiencia a los interesados, realizando sus correspondientes alegaciones.

El hecho de la pendencia de recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, no obsta a la obligación de la Administración de resolver ni, por ende, de emitirse este dictamen.

Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, 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, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

- 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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público* (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.
- 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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4^a) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar en el supuesto concreto la existencia de los elementos antes mencionados, resulta incuestionable la existencia de unos daños reales derivados de la peritonitis diagnosticada el 2 de abril de 2020, que determinó la necesidad de realizar tres intervenciones posteriores y largas estancias hospitalarias.

Ninguna duda ofrece tampoco, a la vista de la historia clínica y los informes médicos obrantes en el expediente, que la peritonitis fue consecuencia de la evolución de la previa apendicitis no diagnosticada.

Los reclamantes reprochan ese retraso en el diagnóstico y abordaje de la apendicitis desencadenante de la peritonitis a los facultativos que asistieron a la menor los días 22, 23 y 28, quienes no apreciaron adecuadamente la sintomatología ni realizaron las pruebas diagnósticas necesarias.

A este respecto, si bien no es exigible a los profesionales sanitarios la inmediatez en un diagnóstico certero, máxime cuando la sintomatología era atípica como sucedía en el supuesto que nos ocupa, el informe de la Inspección Médica es concluyente al afirmar que en la

asistencia en Urgencias del día 28 de abril debía de haberse realizado al menos una analítica y, en su caso, otras pruebas de imagen que hubieran permitido el diagnóstico más precoz de la apendicitis, evitando su evolución.

En efecto, la apendicitis es una patología, según refiere la inspectora, que presenta en un alto porcentaje formas atípicas que hacen preciso descartarla, sin que, por otra parte, sea una patología rara o de escasa aparición.

Apreciada así una inadecuada práctica en la asistencia, que determinó el agravamiento del estado de la hija de los reclamantes, los daños derivados de ese hecho revisten el carácter de antijurídicos y deben ser indemnizados, como así se propone por el órgano instructor.

SEXTA. Constatada la existencia de un daño antijurídico causado por el servicio sanitario, procede pronunciarse sobre la concreta valoración de ese daño efectivo, conforme a lo dispuesto en el artículo 34 de la LRJSP, acudiendo con carácter orientativo al baremo de la Ley 35/2015, de 22de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, al que se remite la reclamación, aunque sin concretar cuantía en vía administrativo, y es seguido en el informe solicitado al efecto por el órgano instructor de procedimiento.

A este respecto, el citado informe de valoración efectuado por una perita medica si bien se ajusta a los daños que se derivan de la historia clínica y a los parámetros establecidos en el referido baremo, no tiene en cuenta que un diagnostico precoz y atención temprana no hubiera evitado la necesaria intervención quirúrgica de la apendicitis ni los daños estéticos que se derivarían de la appendicectomía, aunque pudieran ser inferiores a los efectivamente causados. Ello nos llevaría a reducir a 3

las cirugías indemnizables y a 15 puntos los daños estéticos. Ello haría una indemnización total de 43.721,59 euros, según el siguiente desglose:

1. Por lesiones temporales:

- 17 días muy graves x 104,42: 1.775,14 euros.
- 17 días graves x 78,31: 1.331,27 euros.
- 94 días moderados x 54,30: 5.104,20 euros.

2. Intervenciones quirúrgicas:

- 3 intervenciones: 2.622,75 euros.

3. Secuelas:

- Perjuicio psicofísico 10 puntos: 10.946,84 euros.
- Perjuicio estético 15 puntos: 21.941,39 euros.

Esa cantidad deberá actualizarse al momento de su reconocimiento, conforme a lo previsto en el artículo 34.3 LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer una indemnización total de 43.721,59 euros, cantidad que deberá ser actualizada al momento de su reconocimiento.

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 noviembre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 739/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid