



Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Sívola, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

Secretaría General Técnica
CONSEJERÍA DE SANIDAD

NOTIFICACIÓN

NÚMERO **438/22**

UNIDAD ADMINISTRATIVA

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Para su conocimiento y efectos le NOTIFICO, de conformidad con lo previsto en el artículo 40 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, ORDEN nº 438/22 que el VICECONSEJERO DE ASISTENCIA SANITARIA Y SALUD PÚBLICA, ha dictado con fecha 25 de marzo de 2022, en virtud de la Orden 1122/2017, de 4 de diciembre, de la Consejería de Sanidad (B.O.C.M de 15 de diciembre), por la que se le delegan el ejercicio de determinadas competencias atribuidas al CONSEJERO DE SANIDAD, cuyo texto, transcrito a continuación, CERTIFICO coincide íntegramente con el del original y constituye copia autenticada del mismo, en virtud de la atribución conferida al efecto por el artículo 46.1 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid en relación con el artículo Único del Decreto 40/1993, de 4 de marzo, por el que se determinan los órganos de la Administración de la Comunidad de Madrid con competencias para autenticar documentos

"Vista la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada y examinada la Propuesta de Resolución del procedimiento administrativo seguido al efecto (R.P.
así como las actuaciones practicadas y documentos obrantes en el mismo procede, una vez instruido el expediente, resolver teniendo en cuenta los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 13 de marzo de 2019, D. presenta telemáticamente reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a un retraso de diagnóstico de un condrosarcoma mixoide-extraesquelético en el Hospital

De acuerdo con el escrito presentado, el interesado expone que en 2013 fue diagnosticado de sinovitis crónica de rodilla derecha con condriopatía femoropatelar grado IV y rotura de menisco externo siendo intervenido el 24 de julio de 2014 de sinovectomía y menisectomía en el El Servicio de Anatomía Patológica informó la muestra como sinovitis crónica inespecífica.

En agosto de 2014 acudió en tres ocasiones al Servicio de Traumatología del donde se constató abundante derrame organizado en parte superior y edema con fovea. Se realizó en la primera visita una artrocentesis pero no se remitió el líquido articular a Anatomía Patológica. Pese a la persistencia del derrame no se realizaron más pruebas.

Tras dos años de evolución desfavorable con tumefacción, inflamación y reproducción de artritis en rodilla derecha con dolor en aumento acudió en repetidas ocasiones al ; siendo atendido por los servicios de Traumatología y Reumatología.

El 13 de enero de 2015 se le realizó una resonancia que halló una masa intrarticular secundaria a severa proliferación sinovial crónica (hemangioma sinovial, sinovitis evolucionada satisfactoria) pareciendo menos plausible una artropatía inflamatoria secundaria. Se calificó como

reproducción de sinovitis y se citó al reclamante para resonancia complementaria y valoración por parte del Comité de Tumores de osteoarticular tomando como referencia el resultado de la biopsia de 2014. No obstante, esta nueva resonancia y valoración no se llevaron a cabo.

El 17 de junio de 2015 se diagnosticó una vez más una condromalacia rotuliana grado IV. Se decidió derivar al reclamante al Hospital [redacted] para someterle a un posible tratamiento de sinovitis química con Y90.

El 28 de julio de 2015 fue atendido por el Servicio de Urología del [redacted] por una uropatía obstructiva. Se le realizó un TAC de tórax que evidenció múltiples nódulos pulmonares bilaterales por lo que fue derivado al Servicio de Neumología que decidió realizar un PET-TAC el 10 de agosto en el que se apreciaron múltiples nódulos pulmonares descritos en ambos parénquimas pulmonares que si bien no muestran un índice de semicuantificación de agresividad no se puede descartar que estén en relación con depósitos secundarios.

La evolución continuó siendo tórpida y continuó acudiendo al Hospital [redacted] sin mejoría así como al Servicio de Neumología del [redacted].

El 27 de julio de 2016 acudió a Urgencias del [redacted] por edema de la pierna derecha y se le realizó un eco-doppler que encontró masa intraarticular en rodilla derecha con efecto de masa sobre estructuras adyacentes condicionando colapso de la vena poplítea derecha. Ante la mala evolución fue derivado al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital [redacted] donde se realizaron una radiografía y una resonancia que apuntaron la existencia de una sinovitis agresiva. El Servicio de Reumatología intentó una artrocentesis sin resultado.

El 30 de noviembre de 2016 el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital [redacted] decidió solicitar una biopsia guiada por eco-doppler. En la misma se sugirió un condrosarcoma mixoide intraesquelético para cuya confirmación se solicitó un segundo eco doppler con aguja de Grues que resultó positivo. El diagnóstico fue también confirmado por un anatomopatólogo norteamericano.

Ante la progresión de la enfermedad se consultó con la Unidad de Oncología musculoesquelética y se decidió proceder a la amputación de la pierna derecha el 10 de febrero de 2017.

Respecto a los nódulos se realizó un TAC de abdomen y si bien habían permanecido estables, los resultados mostraron un aumento de los nódulos (el mayor de 16 mm) y el 28 de marzo de 2017 se procedió a la resección segmentaria atípica pulmonar incluyendo al menos tres nódulos.

En diciembre de 2018 se le concedió la incapacidad permanente absoluta confirmando que los nódulos eran una metástasis pulmonar.

Por todo ello consideran incuestionable la relación de causalidad y la responsabilidad patrimonial de la Administración al haber existido una falta de medios diagnósticos y de seguimiento durante dos años lo que conllevó un error diagnóstico y un retraso en el diagnóstico del condrosarcoma.

Reclaman una indemnización con el siguiente desglose:

-Secuelas físicas: amputación de muslo (60 puntos), resección parcial pulmón (5 puntos), daño continuado, empeoramiento de pronóstico y metástasis pulmonar (30 puntos).

-Secuelas psicológicas: Síndrome Fantasma y ansiedad dando lugar a estrés postraumático (3 puntos).

-Perjuicio estético (30 puntos).

Total: 271.696, 90 euros.

Perjuicio personal particular.

Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico al alcanzar una secuela 60 puntos o todas al menos 80 puntos: 96.480,60 euros.

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida: 100.500,63 euros.

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados: 145.725,91 euros.

Perjuicio patrimonial.

Daño emergente:

Gastos previsibles de asistencia futura: 1.200 euros; y prótesis de diario: 201.001,24 euros.

Ayudas técnicas: 150.750,94 euros.

Adecuación vivienda: 20.000 euros.

Indemnizaciones por lesiones temporales.

Perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida: 8 días de estancia hospitalaria: 603,04 euros; 314 días improductivos: 23.669,32 euros.

Intervenciones quirúrgicas.

10 de febrero de 2017 (cirugía mayor): 1.608,01 euros.

28 de marzo de 2017 (cirugía media): 800 euros.

Total indemnización: 1.000.000 euros.

Aporta diversa documentación médica.

SEGUNDO.- De la documentación incorporada al expediente se desprenden los siguientes hechos:

El reclamante, nacido en 1955, acudió el 19 de marzo de 2013 a Urgencias del por molestias en rodilla derecha con la aparición de un bulto de una semana de evolución. Valorado por Traumatología, y con el resultado de la ecografía fue dado de alta y citado de forma ambulatoria en consultas de Traumatología para valoración con resonancia y radiografía.

En la exploración física de la rodilla derecha presentaba tumoración en cara interna de rodilla derecha de consistencia dura con algo de elasticidad adherida a planos profundos. Se realizó ecografía guiada por la palpación de tumoración en región medial de la rodilla derecha en la que se visualizó una lesión quística hipoecoica con material ecogénico en su interior, de aproximadamente 4x5 cm, sin flujo doppler. Presentaba engrosamiento de la pared. Si bien era inespecífico, podía ser compatible con un quiste sinovial, sinovitis villonodular, entre otras. Se recomendaba realización de resonancia para su correcta valoración.

El 14 de mayo de 2013 fue valorado en consultas de Traumatología del . con radiografía y resonancia de rodilla. Se realizó artrocentesis subpatelar y se drenó el quiste que presentaba a nivel medial obteniéndose aparentemente líquido sinovial hiperdenso y hemático. La resonancia fue informada como extenso derrame articular con proliferación sinovial asociada según anteriormente descrito. Valorar artropatía. Ganglión intracruzado anterior.

El 18 de junio de 2013 Traumatología del considera que con los resultados y dado que no ha habido antecedente de traumatismo sobre la articulación procede remitir al reclamante a Reumatología para descartar artritis de rodilla derecha por enfermedad de depósito de microcristales.

El 9 de julio de 2013 es valorado por Reumatología que diagnostica sinovitis crónica de rodilla derecha sin datos de patología reumatológica inflamatoria y/o autoinmune. Cristales de oxalato cálcico y ácido úrico en orina en paciente con antecedentes personales de varios cólicos renoureterales.

El 20 de agosto de 2013 Traumatología propone al reclamante la realización de una artroscopia para estudiar la sinovitis. El reclamante pospone su realización en tres ocasiones.

El 24 de julio de 2014 se realiza artroscopia de rodilla derecha observándose importante sinovitis con condropatía femoropatelar grado IV y rotura de menisco externo. Se realiza sinovectomía y meniscectomía, remitiendo muestras a Anatomía Patológica.

Al presentar derrame, el 1 de agosto de 2014 se realiza artrocentesis obteniendo 23 cc de líquido articular.

Posteriormente es valorado por Traumatología y Rehabilitación. Los resultados de Anatomía Patológica se comunican al reclamante el 10 de septiembre: *"Membrana sinovial que muestra focos de edema, cambios de degeneración mixoide e infiltrado inflamatorio de tipo mixto de predominio linfocitario. No se observan signos de metaplasia condroide ni focos de osificación. No se observan rasgos histológicos de malignidad en el material remitido. Diagnóstico: Sinovitis crónica inespecífica"*. Los cultivos del líquido sinovial resultan negativos.

Es visto de nuevo por Traumatología y Rehabilitación que propone la realización de una resonancia. En ella aparecen hallazgos que sugieren la presencia de masa intraarticular secundaria a severa proliferación sinovial crónica, pareciendo menos plausible una artropatía inflamatoria secundaria. Se cita al paciente para resonancia complementaria con contraste y se remite para valoración en Comité de Tumores de Osteoarticular.

En marzo de 2015 Reumatología valora al reclamante y le solicita pruebas y en junio lo remite al Hospital para que sea valorado para la realización de

sinovitis química con el diagnóstico de condromalacia rotuliana grado IV con presencia de masa intraarticular secundaria a severa proliferación sinovial crónica, pareciendo menos plausible una artropatía inflamatoria secundaria, con resultado de la biopsia por anatomía patológica de sinovitis crónica inespecífica.

El 10 de agosto de 2015 es valorado por Neumología para estudio de múltiples nódulos pulmonares bilaterales hallados accidentalmente en un TAC realizado por un proceso urológico. Se solicita PET-TAC y tras sus resultados propone de momento broncoscopia con lavado broncoalveolar dado que no hay nódulos accesibles a biopsia o punción. En función de los resultados se valorará la cirugía. Se solicita TAC para noviembre.

En septiembre Reumatología del Hospital [redacted] infiltración de rodilla derecha con trigón (corticoide) y mepicavaína. En noviembre el reclamante no ha notado mejoría con la infiltración de corticoides y persiste la sensación de bulto en región inferior de rodilla derecha.

El 23 de noviembre de 2015 se realiza broncoscopia que resulta normal. No se observan rasgos citológicos de malignidad en BAS y BAL. Cultivo lavado broncoalveolar (BAL) es negativo. PCR tuberculosis negativa.

Ese año Reumatología realiza nueva infiltración y ante la falta de respuesta propone en enero de 2016 una sinovectomía con radioisótopo Itrio-90, que se realiza el 10 de febrero.

Acude a Urgencias del [redacted] el 27 de julio de 2016 por edema del miembro inferior derecho descartándose trombosis venosa profunda y el 5 de agosto 2016 siendo informado de la presencia de una masa intraarticular en la rodilla derecha con efecto masa sobre las estructuras adyacentes condicionando colapso de la vena poplítea.

En consulta de Reumatología el 1 de septiembre de 2016 no se le realiza artrocentesis evacuadora dado que se palpa masa dura sin claro derrame. Es remitido de nuevo a Traumatología Unidad de rodilla que el 30 de septiembre solicita pruebas complementarias.

El 4 de octubre de 2016 Reumatología hace constar que la situación clínica es mala. Rodilla a tensión. Se intenta artrocentesis sin resultado. Se realiza resonancia de rodilla derecha que se informa como compatible con voluminosa sinovitis villonodular pigmentada y un TAC sugestivo de su sospecha clínica de sinovitis nodular pigmentada agresiva.

El 10 de noviembre de 2016 Traumatología del Hospital [redacted] solicita biopsia guiada por eco que se realiza el 30 de noviembre. En ella los hallazgos histológicos y el estudio molecular apoyan como primer diagnóstico el de condrosarcoma mixoide. Sin embargo, dada la escasa cuantía de tejido valorable, y que la translocación demostrada no es específica de condrosarcoma mixoide, se solicita estudio molecular para descartar liposarcoma mixoide, que se añadirá en informe complementario.

Se repite el 23 de diciembre y los hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos y el estudio molecular sugieren como primera posibilidad diagnóstica un condrosarcoma mixoide, en segundo lugar un liposarcoma mixoide. Se descarta histológicamente el diagnóstico de sinovitis agresiva. El diagnóstico es confirmado por un patólogo de Boston y el Servicio de Oncología Musculoesquelética del Hospital [redacted] que plantea como única alternativa la amputación de la extremidad.

El 6 de febrero de 2017 se explica la situación al reclamante que firma el consentimiento informado. El nivel de amputación se definirá tras una resonancia.

Ingresa el 10 de febrero de 2017 y se decide en Comité de Sarcomas del Hospital *z* amputación a nivel de tercio medio del muslo derecho con ampliación medial resecaando el compartimento isquiotibial desde proximal. Con un postoperatorio sin incidencias, fue dado de alta el 14 de febrero.

El 10 de marzo de 2017 Oncología médica del Hospital *z* valora al reclamante con TAC body de extensión tumoral. Establece que se trata de condrosarcoma mixoide extraesquelético del compartimento intraarticular de la rodilla derecha, tratado con amputación a nivel de tercio medio del muslo derecho con ampliación medial (tamaño tumoral 21x13x4.5cm, márgenes libres). Nódulos pulmonares bilaterales de distribución difusa, el mayor en lóbulo medio de aproximadamente 16 mm, que podrían corresponder con metástasis. Se decide biopsiar los nódulos pulmonares.

El 28 de marzo de 2017 ingresa en Cirugía Torácica para biopsia de nódulos pulmonares, realizándose resección atípica pulmonar incluyendo al menos 3 nódulos en LII. Postoperatorio sin incidencias siendo dado de alta el 30 de marzo

El 17 de abril de 2017 es valorado por Psiquiatría por recomendación de su médico y su hijo. Refiere estar preocupado por los resultados de la biopsia pulmonar y por la amputación.

El 23 de mayo de 2017 Oncología Médica ofrece al reclamante tratamiento con Pazopanib o control estrecho de los nódulos pulmonares. Se decanta por el tratamiento. El 22 de junio de 2017 tiene que suspender el tratamiento por empeoramiento de la función renal, pero se reinicia el 25 de julio y por mala tolerancia se vuelve a suspender el 24 de noviembre. En diciembre de 2017 es diagnosticado de trombosis venosa profunda de vena femoral común derecha por lo que inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular. Se mantuvo suspendido el tratamiento con Pazopanib dado que en el TAC de control se había observado respuesta parcial y tenía muy mala tolerancia al mismo. Por progresión tumoral a nivel pulmonar se reinicia Pazopanib en mayo de 2019.

El 29 de mayo de 2019 Rehabilitación del HUR anota que paciente Hospital *z* : fue "protetizado" pero fracasó por dolor del encaje, imposibilidad para la marcha por debilidad en miembros superiores que imposibilita el apoyo en muletas. Se traslada en silla de ruedas. Tras ese intento se prescribe silla de ruedas eléctrica para facilitar su autonomía. Presenta debilidad en miembros superiores que no le permite autopropulsar una silla de ruedas manual.

TERCERO.- Instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, al expediente se han incorporado, además de la Historia Clínica de la paciente, los siguientes informes:

- Informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HURJC, de 26 de abril de 2019.

- Informe de la Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del HURJC, emitido sin fecha.
- Informe del Gerente del HURJC, de 10 de junio de 2020.
- Informe de la Inspección Sanitaria, de 10 de diciembre de 2020.
- Informe pericial de valoración del daño emitido a petición de la Compañía Aseguradora del HURJC, de 8 de septiembre de 2021.

CUARTO.- Concluida la instrucción del procedimiento, se acordó la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente según lo previsto en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, comunicado a la parte reclamante el 17 de diciembre de 2021 y al centro concertado el 14 de diciembre de 2021.

No consta la presentación de alegaciones por parte del reclamante. El [redacted] presentó escrito de alegaciones el 4 de enero de 2022, en el que considera que la actuación sanitaria fue conforme a la *lex artis* si bien pudo haber un problema de interpretación inicial que pudiera haber conllevado una pérdida de oportunidad.

QUINTO.- El Secretario General del Servicio [redacted] por delegación de firma del Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, en el ejercicio de las competencias que como órgano instructor de estos expedientes tiene conferidas por el Decreto 24/2008, de 3 de abril, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, formuló Propuesta de Resolución el 7 de febrero de 2022, en la que se propone ***"ESTIMAR PARCIALMENTE la reclamación formulada por D. Álvaro SARDINERO GARCIA (abogado), en nombre y representación de D. [redacted] en demanda de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria Madrileña derivada de la asistencia sanitaria que se le prestó en el Hospital [redacted] reconociéndole una indemnización de CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS DOCE EUROS CON TRECE CENTIMOS DE EURO (134.712,13 €), a actualizar a la fecha de la resolución por la que se ponga fin al presente procedimiento"***.

SEXTO.- De conformidad con el artículo 81.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, se procedió a recabar el correspondiente dictamen preceptivo, que a tenor de lo dispuesto en el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, ha sido emitido por la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, tras ser deliberado y aprobado, por unanimidad, en la sesión del Pleno celebrada el 8 de marzo de 2022 (Dictamen nº 129/22), en el que en el que se concluye que ***"Procede estimar parcialmente la presente reclamación reconociendo al reclamante una indemnización de 134.712,13 euros que deberá actualizarse con arreglo a la LRJSP"***.

A estos Antecedentes de Hecho le son de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- De la información que contiene el expediente y que en síntesis se ha reflejado en los Antecedentes de Hecho, resulta que el presente procedimiento administrativo tiene por objeto

resolver la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D.

por los daños y perjuicios que atribuye a un retraso de diagnóstico de un condrosarcoma mixoide-extraesquelético en el Hospital

SEGUNDO.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, cuyos antecedentes inmediatos vienen recogidos en la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954 y en el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957, goza hoy del refrendo constitucional en el artículo 106.2 de la Constitución Española, conforme al cual *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Su desarrollo legislativo ordinario se encuentra en Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, señalan los requisitos que, en concurrencia, configuran la responsabilidad patrimonial, derivando ésta de la lesión producida al particular y entendida como un perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber de soportar, al no existir causa alguna que lo justifique.

Conforme a la citada normativa y la interpretación que la jurisprudencia viene haciendo de la misma (STS de 14 de julio de 1986, 9 de mayo de 1991, 27 de noviembre de 1993, 29 de enero de 1998 y 9 de marzo de 1998, entre otras), estos requisitos son:

- Lesión o daño en cualquiera de los bienes o derechos del particular afectado.
- Imputación a la Administración de los actos necesariamente productores de la lesión.
- Relación de causalidad entre el hecho o acto administrativo y la lesión, daño o perjuicio.
- Daño que revista los caracteres de efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- Antijuridicidad del daño o lesión.
- Ejercicio de la acción dentro del plazo de un año, contado a partir del hecho que motive la indemnización.

Esta configuración legal y jurisprudencial de la responsabilidad patrimonial de la Administración establece como nota característica, su naturaleza de responsabilidad objetiva, lo que supone que *"es indiferente que la actuación administrativa haya sido normal o anormal, bastando para declararla que como consecuencia directa de ella se haya producido un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado"* (STS de 9 de marzo de 1998 y de 21 de julio de 2001). La consecuencia básica de la consideración de la responsabilidad patrimonial de la Administración como objetiva es que no es necesario demostrar que se ha actuado con dolo o culpa, ni que el servicio ha funcionado de manera anormal, siendo suficiente con acreditar la existencia del daño y la oportuna relación de causalidad.

TERCERO.- Esta característica de responsabilidad objetiva, que dentro de la responsabilidad patrimonial en general de la Administración, no tiene más excepciones que las que proceden de la necesidad de valorar la antijuridicidad del daño causado, tiene sustanciales límites en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria por la peculiaridad de dicha Administración, ya que su actividad recae sobre un elemento respecto del que no se puede garantizar efectos favorables en todo caso, pues la enfermedad y la muerte son consustanciales a la propia naturaleza humana. Así, si la actuación de la Administración Sanitaria no puede

garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar los casos en que debe responder la Administración de aquellos otros en los que se va a considerar que el daño no es antijurídico y que no procede de la actuación administrativa, sino de la evolución de la patología del enfermo. El criterio básico usado por la jurisprudencia y la doctrina para establecer ese límite a la aplicación rigurosa del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial y evitar así, el riesgo de llegar a un estado providencialista que convierta a la Administración Sanitaria en una aseguradora universal que responda de cualquier resultado lesivo, es el de la "lex artis".

La existencia de este criterio se basa en el principio sustentado por la jurisprudencia y el Consejo de Estado de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, de manera que los profesionales de la salud están obligados a prestar la atención sanitaria a los enfermos mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance, no comprometiéndose en ningún caso a la obtención de un resultado satisfactorio por ser contrario tanto a la naturaleza humana como a las limitaciones de su arte y de su ciencia, lo que dicho de otra forma significa que la prestación sanitaria debe ser correcta y con arreglo a los conocimientos y prácticas de la ciencia médica, en ese caso se dirá que la actuación se ha ajustado a la "lex artis" y, aun cuando el resultado no haya sido satisfactorio, no nacerá responsabilidad patrimonial alguna.

En este sentido ha declarado el Tribunal Supremo entre otras en las sentencias de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998 o 10 de octubre de 2000 que en materia de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, el título de imputación de dicha responsabilidad viene dado por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando *"no se realizan las funciones que las técnicas de salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario"*. A lo que hay que añadir su Sentencia de 14 de octubre de 2002 en la que proclama que *"la violación de la "lex artis" es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa a efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido pese al correcto empleo de la "lex artis" implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento"*. Dicha violación de la "lex artis", al igual que el nexo causal, corresponde probarla al reclamante.

CUARTO.- Aplicando la doctrina anterior a este supuesto y teniendo en cuenta las actuaciones practicadas, los informes y documentos que contiene el expediente y los términos en los cuales ha sido planteada la reclamación, la cuestión de fondo se centra en determinar si concurren los requisitos exigibles para apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Pública actuante.

El reclamante considera deficiente la asistencia dispensada en el [redacted] al entender que la amputación de la pierna y la lobectomía pulmonar que hubieron de realizarle se debieron a una falta de medios diagnósticos y una infravaloración continuada de la sintomatología que asociada al tumor durante dos años; señala que todo ello condujo a un retraso diagnóstico y terapéutico del Condrosarcoma Mixoide Extraesquelético al confundirlo con una sinovitis transitoria.

Con respecto al despistaje de los problemas articulares que sufría el paciente, la Inspección Sanitaria señala en su informe de 10 de diciembre de 2020 que cuando el paciente acudió a Urgencias [redacted] el 19 de marzo de 2013 con derrame articular debió establecerse un diagnóstico diferencial del líquido sinovial obtenido (con aspecto hemático no inflamatorio) dada la

importancia que concede la literatura médica a este tipo de análisis para orientar la filiación de la patología de base:

"La bibliografía establece la importancia de realizar un estudio del líquido sinovial para orientar el diagnóstico. Si un paciente tiene una monoartritis sin traumatismo previo con líquido sinovial inflamatorio (>2000Leucocitos/mm³) hay que descartar artritis infecciosa, inflamatoria por cristales o enfermedades reumáticas sistémicas. Si el líquido es no-inflamatorio (<2000/mm³) hay que descartar causas no inflamatorias (necrosis avascular, osteoartritis). Pero en este caso con un líquido sinovial hemático hay que distinguir entre un derrame sanguinolento verdadero (que orientaría a descartar traumatismo, coagulopatía o tumores) o un derrame sanguinolento por una aspiración traumática. La diferencia es que un líquido sinovial hemático no se coagula y exhibirá xantocromía por la lisis de los hematíes mientras que el líquido sinovial que presenta aspecto hemático por la aspiración traumática sí se coagulará".

La Inspección señala que "Dado que en la historia clínica no se detalla si se trata de uno u otro no podemos entrar a establecer el diagnóstico diferencial mediante el líquido sinovial".

En cuanto a la sinovectomía artroscópica realizada el 24 de julio de 2014, que fue informada de sinovitis crónica inespecífica, la Inspección considera que se trata de un diagnóstico anatomopatológico que no permite conocer la causa de la enfermedad:

"Este diagnóstico es un diagnóstico anatomopatológico, inflamación de la membrana sinovial, pero no establece la causa o la enfermedad responsable de dicha inflamación. Los tumores constituyen una de las patologías a sospechar y a descartar dentro del estudio y diagnóstico diferencial de la monoartritis de rodilla derecha. Las pruebas de imagen, entre ellas la RMN, son fundamentales para su estudio. La descripción en la RMN 13-01-2015 de una masa intraarticular que se extiende por planos profundos obliga a estudiar las masas de tejido blando que incluyen tumores benignos de tejido blando, como un lipoma, así como tumores malignos, como sarcoma, carcinoma metastásico, melanoma o linfoma. Dado que las masas de tejido blando benignas son al menos 100 veces más frecuentes que los sarcomas de tejido blando malignos, puede resultar difícil determinar qué masas de tejido blando requieren una evaluación adicional. Hay unos criterios que marcan el riesgo de malignidad y entre ellos es la profundidad del tumor, seguido del tamaño (>5cm) y recurrencia de un bulto después de una extirpación. En dicha RMN se describe una masa intraarticular que se extiende por planos profundos y que es secundaria a la proliferación de la membrana sinovial, recientemente extirpada (sinovectomía realizada el 24-07-2014), lo que obliga a sospechar la posibilidad de la existencia de un tumor probablemente maligno. Para ello es fundamental la realización de una biopsia de aguja gruesa guiada por ecografía y así poder realizar el examen histológico de la masa de tejido blando junto con estudio inmunohistoquímico y molecular".

Como puede observarse, la Inspección entiende que debió profundizarse en las pruebas diagnósticas necesarias para poder alcanzar un conocimiento cabal de la naturaleza de la "(...) masa intraarticular que se extiende por planos profundos y que es secundaria a la proliferación de la membrana sinovial", más si cabe cuando "Los tumores constituyen una de las patologías a sospechar y a descartar dentro del estudio y diagnóstico diferencial de la monoartritis de rodilla derecha".

La Inspección destaca que se indicó una nueva resonancia complementaria de la de enero de 2015 con señalamiento específico de que se llevaba el caso al Comité de Tumores de Osteoarticular, actuaciones que no tuvieron lugar pese a que "(...) *habrían constituido una evaluación adicional e importante del caso*".

En cuanto a la solicitud de revisión de la muestra de tejido sinovial realizada por la Inspección Sanitaria y dirigida a Anatomía Patológica, se informó que "*Se aprecia un tejido sinovial con cambio mixoide y aumento de la celularidad. Las células no presentan atipia y se disponen en cordones. No se identifican células gigantes, ni hemorragia, ni necrosis, en el material remitido. Se aconseja valorar la realización de estudios complementarios y correlación clínico-radiológica*", pero la Inspección considera que la revisión es un mero estudio morfológico, "*en el que no se concluye con un diagnóstico y no se ha complementado con estudio inmunohistoquímico ni molecular que ayudan al diagnóstico definitivo*".

La Inspección considera que el paciente contribuyó en parte al retraso diagnóstico de su tumor maligno por demorar la cirugía desde el día que fue propuesta (20 de agosto de 2013) hasta el día que fue realizada (24 de julio de 2014), pero que tras la resonancia de enero de 2015, la presencia de una masa intraarticular junto con la recurrencia del tejido sinovial tras haber sido extirpado previamente y la extensión de la masa a planos profundos obligaban a realizar una nueva biopsia (que no se hizo) con estudios complementarios al estudio morfológico (molecular e inmunohistoquímico) para descartar un tumor, ya que forma parte del diagnóstico diferencial en una monoartritis y el diagnóstico hasta ese momento era inespecífico. Además, el crecimiento y la extensión de la masa intraarticular por planos profundos son signos sugestivos de malignidad. Finaliza afirmando lo siguiente: "*Por ello, considero que ha habido una pérdida de oportunidad*".

Por último, la Inspección considera que aunque la detección del tumor hubiera sido más temprana, no es probable que se hubiera evitado la amputación de la pierna, y ello, en un contexto en el que la diagnosis era muy complicada:

"En referencia a la infravaloración de la sintomatología quiero destacar que en la bibliografía se describe que es común el retraso en el diagnóstico de los sarcomas de tejidos blandos. Por un lado, porque los pacientes con frecuencia no buscan atención médica inmediata debido a la naturaleza indolora del tumor, y por otro, porque por parte del médico también es común la suposición de benignidad.

Finalmente, añadir que es difícil precisar si se hubiera diagnosticado antes si se habría evitado la amputación dado que en la RMN de 13-01-2015 ya se observaba una masa que tenía un crecimiento hacia planos profundos y la resección del tumor a veces compromete estructuras neurovasculares lo que limita la integridad de la extremidad, por lo que en ocasiones es frecuente la amputación, sobre todo en miembros inferiores donde las prótesis tienen buenos resultados".

Y concluye: "**La asistencia sanitaria prestada fue inadecuada a la *lex artis ad hoc***".

Conforme al criterio técnico de la Inspección Sanitaria, resulta probada la existencia de mala praxis en la asistencia prestada al reclamante ya que la diagnosis del problema que sufría se dio con retraso, lo que conllevó una pérdida de oportunidad en relación con la posibilidad de un

tratamiento menos agresivo, parecer que comparte la Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen nº 129/22, de 8 de marzo:

"El informe de la Inspección Sanitaria es claro al establecer que, si bien este tipo de condrosarcoma es una enfermedad insidiosa de diagnóstico difícil y con suma frecuencia tardío, en la resonancia realizada en enero de 2015 existían suficientes signos como para realizar una resonancia guiada. Es más, en la resonancia se preveía la realización de pruebas complementarias y presentar el caso ante el Comité de Tumores, actuaciones que no se llevaron a cabo cuando hubieran podido detectar el tumor con anterioridad.

Esta actuación no puede sino considerarse contraria a la lex artis lo que determinó que existiera un retraso diagnóstico y una posible pérdida de oportunidad".

De acuerdo con las precisiones precedentes, concurren todos los requisitos que determinan la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid en tanto que consta acreditada la concurrencia del daño, la relación causal con el funcionamiento del servicio sanitario implicado y la inexistencia del deber jurídico de soportarlo al quedar tener origen en una incorrecta praxis médica.

QUINTO.- En cuanto a la valoración del daño, el interesado aporta referencia a los conceptos que considera que deben indemnizarse y que ascienden a un importe de 1.000.000 de euros:

-Secuelas físicas: amputación de muslo (60 puntos), resección parcial pulmón (5 puntos), daño continuado, empeoramiento de pronóstico y metástasis pulmonar (30 puntos).

-Secuelas psicológicas: Síndrome Fantasma y ansiedad dando lugar a estrés postraumático (3 puntos).

-Perjuicio estético (30 puntos).

Total: 271.696,90 euros.

Perjuicio personal particular.

Daños morales complementarios por perjuicio psicofísico al alcanzar una secuela 60 puntos o todas al menos 80 puntos: 96.480,60 euros.

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida: 100.500,63 euros.

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados: 145.725,91 euros.

Perjuicio patrimonial.

Daño emergente:

Gastos previsibles de asistencia futura: 1.200 euros; y prótesis de diario: 201.001,24 euros.

Ayudas técnicas: 150.750,94 euros.

Adecuación vivienda: 20.000 euros.

Indemnizaciones por lesiones temporales.

Perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida: 8 días de estancia hospitalaria: 603,04 euros;
314 días impeditivos: 23.669,32 euros.

Intervenciones quirúrgicas.

10 de febrero de 2017 (cirugía mayor): 1.608,01 euros.

28 de marzo de 2017 (cirugía media): 800 euros.

Importe total: 1.000.000 euros

La cuantía solicitada no resulta proporcionada a las circunstancias del caso, además de incluir conceptos no acreditados o calculados sin el soporte de documentación suficiente. En este orden de cosas, no cabe inferir indemnización en relación con todos los perjuicios asociados a la amputación de la pierna, la cual, de acuerdo con la información clínica incorporada al expediente, hubiera tenido lugar incluso en el caso de un diagnóstico temporáneo en la filiación del condrosarcoma. No cabría, por tanto, responder del daño por "Secuelas físicas: amputación de muslo" o por "Perjuicio patrimonial" en relación con gastos derivados de la imputación. No obstante es de interés destacar que las cuantías por gastos previsibles de asistencia futura (1.200 euros), prótesis de diario (201.001,24 euros), ayudas técnicas (150.750,94 euros) y adecuación vivienda (20.000 euros) no se encuentran detallados ni justificados, desconociéndose cuál es la naturaleza exacta de los conceptos y su alcance; llaman la atención, por ejemplo, los 201.001,24 euros solicitados como "prótesis de diario" o los 150.750,94 euros como "ayudas técnicas", que se calculan al céntimo, no se acompañan de presupuestos u otro tipo de información que justifiquen una cuantía tan específica. No presenta tampoco ningún informe médico que especifique qué ayudas técnicas y qué prótesis y periodicidad de recambio precisa.

En esta misma línea, la Comisión Jurídica Asesora, en el Dictamen emitido *ad hoc* en el presente procedimiento (Dictamen nº 129/22, de 8 de marzo de 2022) considera que el desglose propuesto en contrario no se ajusta a la realidad del caso:

«Determinada la existencia de una pérdida de oportunidad ha de procederse a la valoración del daño.

Es cierto que en estos casos la aplicación del Baremo establecido para las víctimas de accidentes de tráfico que es meramente orientativa y que la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de julio de 2021 (rec. 182/2020) recuerda la jurisprudencia del Tribunal Supremo al efecto y concluye que, al asimilarse en estos casos el daño indemnizable al daño moral, su resarcimiento carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable, que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 1997), aunque

ha de ponderarse la edad del paciente, sus dolencias previas, y cualesquiera otras circunstancias que constando al juzgador, pudieran determinar una mayor proporcionalidad y adecuación de la valoración de dicho quantum.

Ahora bien, en este caso la valoración del daño que efectúa el reclamante y que asciende a un millón de euros resulta notoriamente desproporcionada y muchas de las partidas por las que reclama o bien no tienen respaldo probatorio o bien consta en la historia clínica su inexistencia. Así, por ejemplo, en el informe de Oncología que presenta el propio reclamante consta que no hay "preocupaciones psicosociales" y por el contrario se reclama indemnización por estrés postraumático.

Por el contrario, los criterios recogidos en el informe pericial de valoración del daño corporal aportado por la aseguradora del [redacted] están debidamente razonados y conducen a una indemnización de 134.712,13 euros.

Esta indemnización puede considerarse adecuada teniendo en cuenta la edad del reclamante y las circunstancias que afectan a este supuesto de pérdida de oportunidad, en concreto la edad del reclamante, la naturaleza insidiosa de este tipo de tumor, el que se encontrase en la rodilla lo que hacía necesaria en todo caso la amputación al ser imposible la extirpación quirúrgica con los márgenes necesarios al tratarse de una articulación así como el que con suma frecuencia este tipo de tumor se diagnostique a raíz de la aparición de metástasis. Por último interesa destacar que, afortunadamente, la evolución posterior ha sido en general positiva.

Por ello, procede indemnizar al reclamante con la cantidad de 134.712,13 euros que deberá actualizarse con arreglo al artículo 34.3 de la LRJSP sin perjuicio del derecho de la Administración a repetir contra el centro concertado que prestó la asistencia sanitaria deficiente tal y como reconoce la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2018 (rec. 1685/2017)».

El informe pericial de valoración del daño corporal aportado por la aseguradora del [redacted] al que se refiere la Comisión Jurídica Asesora establece una valoración económica ajustada a la realidad del caso en función de los perjuicios cuyo origen cabe imputar al funcionamiento incorrecto del servicio público:

"Se trata de valorar el daño que el retraso diagnóstico del condrosarcoma mixoide extraesqueletico de miembro inferior derecho, pudo suponer en el paciente, así como la pérdida de oportunidad de tratamiento por dicho retraso diagnóstico.

Para ello hay que delimitar cuando se produjo el retraso y en que estadiaje tumoral nos encontrábamos para ver la tasa de supervivencia esperada en ese caso concreto.

En julio de 2014 tras la artroscopia hay un estudio anatomo-patologico negativo para malignidad, por lo tanto, en mi opinión y en concordancia con el Informe de Inspección, el retraso se produce desde el 13 enero de 2015, cuando se realiza una RNM de la rodilla derecha, en la que ya se observaba una masa que tenía un crecimiento hacia planos profundos, hasta que se hizo una 2º biopsia diagnostica, el día 30/11/2016 y se confirma el diagnóstico anatomo-patologico de condrosarcoma mixoide.

Según esto al hacer la valoración del daño, consideramos como lesiones temporales los días de retraso diagnóstico desde 13.01.2015 al 30.11.2016. Se valoran como días con pérdida de calidad de vida moderados, habida cuenta de que el paciente presentó sintomatología y requirió asistencia sanitaria, aunque se desconoce si estuvo en situación de baja laboral.

Baremo de 2016.

1) INDEMNIZACION POR LESIONES TEMPORALES: 687 días con pérdida de calidad de vida moderado x 52 € = 35.724 €.

2) INDEMNIZACIONES POR SECUELAS:

NO SE VALORA LA AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, HABIDA CUENTA DE QUE HUBIERA SIDO EL TRATAMIENTO DE ELECCION, INCLUSO DE HABER SIDO DIAGNOSTICADO EN 2015, teniendo en cuenta la localización del tumor (intrarticular), así como las pruebas de imagen concretamente la RNM de 13.01.2015, donde la tumoración ya se extiende a planos profundos (...).

RESPECTO A LAS METASTASIS PULMONARES: ESTABAN PRESENTES DESDE JULIO DE 2015 Y PERMANECEN ESTABLES HASTA DICIEMBRE DE 2016 SEGÚN TAC por lo que fueron tratadas de forma conservadora por neumología, con controles periódicos mediante TAC. Se realizó la biopsia el 28.03.2017 que, confirmó el diagnóstico de metástasis y se pautó tratamiento con inhibidor de crecimiento tumoral. Es decir que, aunque se hubieran diagnosticado de forma más precoz el tratamiento hubiera sido el mismo, con lo que no hubo pérdida de oportunidad de tratamiento.

(...)

Queda únicamente la duda de, si en enero de 2015 cuando en la RNM de la rodilla, la tumoración había proliferado invadiendo planos profundos, ya existían las metástasis pulmonares.

Por lo tanto, y en el supuesto de que consideremos que no existían, y el hecho no amputar antes el miembro inferior derecho para evitar la diseminación tumoral, dio lugar a su expansión al pulmón.

Se valora, por tanto, lo relativo a las lesiones pulmonares, como lesiones temporales de carácter grave, los días de ingreso hospitalario para la realización de la lobectomía con extirpación de 3 nódulos pulmonares, así como la cirugía/biopsia y como secuela, la lobectomía parcial.

Días con pérdida de calidad de vida grave: del 28.03.2017 al 30.03.2017, total 2 días x 75 € = 150 €

Días con pérdida de calidad de vida moderados, por estándar 30 días x 50 € = 1.500 €

Lobectomía VII 1.453,63 €

Secuela 5 puntos x 751,302 € = 3.756,51 €

(...)

Total por las lesiones pulmonares **6.860,24 €**

3) INDEMNIZACION POR CAMBIO DE ESTADIAJE TUMORAL, Y DISMINUCION DE TASA DE SUPERVIVENCIA.

Dado que no hay ningún TAC previo al realizado en julio de 2015, es imposible saber si ya en enero de 2015 el condrosarcoma había producido metástasis pulmonares, según la ACS (American Cancer Society), la tasa relativa de supervivencia a los 5 años depende del estadiaje en que se encuentre en el momento del diagnóstico.

(...)

Según esto, y suponiendo que en enero de 2015 fuera regional (ya había invadido planos profundos), y en noviembre de 2016 fuera distante, la tasa relativa de supervivencia a los 5 años habría pasado de ser del 75% (regional) al 22% (distante). $75\% - 22\% = 53\%$ es la pérdida de oportunidad sobre la tasa de supervivencia a los 5 años.

Por lo tanto, al total de la indemnización por fallecimiento, habría que restar lo que se le ha privado por el cambio de estadiaje tumoral. $100 - 53\% = 47\%$ es lo que le corresponde del caculo del fallecimiento.

Dado que no contamos con el libro de familia para el cálculo del fallecimiento, se hace de forma aproximada con un supuesto de una unidad familiar de 4 personas, cónyuge y dos hijos mayores de 30, no convivientes ni dependientes. Al no contar con la renta percibida por el paciente se hace el cálculo del lucro cesante para un salario medio de 24.000 € netos. Utilizamos el baremo de 2016 fecha del diagnóstico y estadiaje distante.

	Tipo	Perjuicio básico	Perjuicio particular	Perjuicio patrimonial			Concurrencia de culpa	TOTAL	
				Daño emergente	⊕ Cuota perjudicado	Lucro cesante			
1	Cónyuge	121.539,00€	0,00€	400,00€	60%	53.817,00€	53.817,00€	-0,00€	196.217,00€
hijo 1	Hija	20.000,00€	0,00€	400,00€	0%	0,00€	0,00€	-0,00€	20.400,00€
hijo 2	Hijo	20.000,00€	0,00€	400,00€	0%	0,00€	0,00€	-0,00€	20.400,00€
TOTAL		141.000,00€	0,00€	1.200,00€	60%	53.817,00€	53.817,00€	-0,00€	196.017,00€

El 47 % de 196.017 = **92.127,99 €**

TOTAL DEL CUANTUM POR TODOS LOS CONCEPTOS.

POR LOS DIAS DE RETRASO 35.724 € + POR LAS LESIONES PULMONARES 6.860,14 € + POR DISMINUCION DE LA TASA DE SUPERVIVENCIA 92.127,99 € = 134.712,13 €”.

Por tanto, los daños acreditados con relevancia indemnizatoria quedan concretados en **134.712,13 euros**.

Dicha cuantía debe actualizarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, en el que se establece que la indemnización deberá actualizarse con arreglo al Índice de Garantía de Competitividad (IGC) fijado por el Instituto Nacional de Estadística.

En el Anexo de la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, se hace constar que *“Para realizar las revisiones periódicas se utilizará la tasa de variación del IGC, expresada con dos decimales, en el plazo correspondiente, utilizando el último mes con datos disponibles. Cuando la tasa de variación del IGC sea negativa se considerará que el valor de revisión será cero, y cuando exceda el límite superior del objetivo a medio plazo de inflación del Banco Central Europeo (2 por ciento), se considerará éste como valor de referencia para las revisiones...”*

En el presente caso, de acuerdo con el último Índice de Garantía de Competitividad publicado por el Instituto Nacional de Estadística (Enero), el valor de revisión o actualización es del 2,02%, por lo que el índice a aplicar será del 2% de acuerdo con la limitación establecida en el Anexo de la Ley 2/2015, de 30 de marzo; el incremento resultante es de **2.694,24 euros**, de manera que la indemnización total a reconocer es de **137.406,37 euros**.

En virtud de todo lo expuesto, y de acuerdo con las consideraciones de la Comisión Jurídica asesora emitidas en el Dictamen nº 129/22, de 31 de 8 de marzo, procede estimar parcialmente la reclamación reconociendo una indemnización de **137.406,37 euros** al apreciarse vulneración de la *lex artis* en el diagnóstico del condrosarcoma mixoide extraesquelético de miembro inferior derecho que sufría el reclamante.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación, de acuerdo con la Comisión Jurídica Asesora, en el ejercicio de las competencias atribuidas por el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid y la Orden de la Consejería de Sanidad nº 1122/2017, de 4 de diciembre (B.O.C.M. de 15 de diciembre), por la que se delega el ejercicio de determinadas competencias, en relación con lo dispuesto en el Decreto 1/2022 de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad,

RESUELVO

ESTIMAR PARCIALMENTE la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. [] por los daños y perjuicios que atribuye a un retraso de diagnóstico de un condrosarcoma mixoide-extraesquelético en el Hospital

reconociendo una indemnización en una cuantía de **137.406,37 euros**

Se le significa que la Orden objeto de la presente Notificación, pone fin a la vía administrativa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 114.1.e) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 53.1.d) de la Ley 1/1983, de 3 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid; y contra la misma cabe interponer con carácter potestativo recurso de reposición ante el Consejero de Sanidad, en el plazo de un mes, o ser impugnada directamente mediante recurso contencioso-administrativo ante los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Madrid si la cuantía de la reclamación no excede de 30.050 euros, o ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en caso contrario, en el plazo de dos meses, contados ambos plazos a partir del día siguiente a la recepción de la presente notificación, a tenor de lo dispuesto en los artículos 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y en los artículos 8,10 y 46.1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Todo ello, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que estime procedente.

En el supuesto de que se hubiese interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, de conformidad con el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, podrá desistir del recurso contencioso-administrativo interpuesto o solicitar su ampliación a la presente Orden por la que se resuelve de forma expresa la reclamación formulada.

EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO

Firmado digitalmente por: CARMENA LOZANO FRANCISCO JAVIER
Fecha: 2022.03.31 13:13

FRANCISCO JAVIER CARMENA LOZANO

DESTINATARIOS:

- D. ÁLVARO SARDINERO GARCÍA en nombre y representación de D
-

Alvaro Sardinero Garcia
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60