



Roj: **STSJ M 4008/2018 - ECLI:ES:TSJM:2018:4008**

Id Cendoj: **28079330102018100233**

Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Contencioso**

Sede: **Madrid**

Sección: **10**

Fecha: **20/04/2018**

Nº de Recurso: **795/2015**

Nº de Resolución: **271/2018**

Procedimiento: **Procedimiento ordinario**

Ponente: **ANA RUFZ REY**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Décima

C/ Génova, 10 , Planta 2 - 28004

33009750

NIG: 28.079.00.3-2015/0024045

Procedimiento Ordinario 795/2015

Demandante: D./Dña. Luis Andrés y otros 5

PROCURADOR D./Dña. CARLOS BLANCO SANCHEZ DE CUETO

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

zurich insurance plc sucursal en españa

PROCURADOR D./Dña. ADELA CANO LANTERO

SENTENCIA N° 271/2018

Presidente:

D./Dña. M^a DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS

Magistrados:

D./Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION

D./Dña. MIGUEL ANGEL GARCÍA ALONSO

D./Dña. RAFAEL VILLAFANEZ GALLEGO

D./Dña. ANA RUFZ REY

En la Villa de Madrid a veinte de abril de dos mil dieciocho.

Vistos por la Sala, constituida por los Sres. Magistrados relacionados al margen, los autos del presente recurso contencioso-administrativo número **795/2015** , interpuesto por el Procurador de los Tribunales **D. CARLOS BLANCO SANCHEZ DE CUETO**, en nombre y representación de **D. Luis Andrés , D. Aquilino , D. Bienvenido , Dña. Justa , Dña. Marisa y Dña. Paulina** , contra la desestimación presunta de la reclamación formulada ante en Servicio Madrileño de Salud en fecha 26 de abril de 2015.

Ha sido parte la COMUNIDAD DE MADRID, representada y defendida por Letrado integrado en sus Servicios Jurídicos. Se ha personado en las actuaciones ZURICH INSURANCE PLC, SUCURSAL EN ESPAÑA, representada



por la Procuradora Dña. ADELA CANO LANTERO. Ha sido ponente la Ilma. Sra. Dña. ANA RUFZ REY, que expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el presente recurso y previos los oportunos trámites, se confirió traslado a la parte actora por término de veinte días para formalizar la demanda, lo que verificó por escrito presentado al efecto, en el que tras exponer los hechos y fundamentos de derecho estimó pertinentes, terminó solicitando que se dictara sentencia estimatoria del recurso, con imposición de costas a la demandada.

SEGUNDO.- Formalizada la demanda, se dio traslado de la misma a la parte demandada para que la contestara en el plazo legalmente establecido para ello, lo que realizó mediante el correspondiente escrito, alegando los hechos y fundamentos jurídicos que estimó pertinentes y solicitando la desestimación del recurso.

TERCERO.- Concluida la tramitación, se señaló para deliberación y fallo del recurso el día 17 de enero de 2018, fecha en que tuvo lugar y, se dictó en fecha 19 de enero de 2018 sentencia estimatoria parcial.

CUARTO.- Notificada la sentencia a las partes, en tiempo y forma por el Procurador D. CARLOS BLANCO SANCHEZ DE CUETO, actuando en nombre y representación de **D. Luis Andrés , D. Aquilino , D. Bienvenido , Dña. Justa , Dña. Marisa y Dña. Paulina** , presentó incidente de nulidad de actuaciones, que habiéndosele dado el trámite legal se dictó resolución de fecha 15 de marzo de 2018 por la que se acuerda haber lugar a la nulidad de la Sentencia 42/2018 de 19 de enero anulándose y dejándose sin efecto la misma, acordándose la retroacción de los autos al momento inmediatamente anterior al señalamiento para votación y fallo, que se fija nuevamente para el día 18 de abril de 2018, fecha en que tuvo lugar.

Ha sido ponente la Ilustrísima Magistrada Dña. ANA RUFZ REY, quien expresa el parecer de la Sección.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso contencioso-administrativo se interpone contra la desestimación presunta, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. Luis Andrés y D. Aquilino , frente a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, en fecha 16 de abril de 2015, así como por D. Bienvenido , Dña. Justa , Dña. Marisa y Dña. Paulina , el 22 de octubre de 2015, por la pérdida de oportunidad consecuencia del retraso en el diagnóstico de la dolencia de su hermano e hijo, D. Fulgencio , fallecido el 10 de diciembre de 2014 por adenocarcinoma de colon (sigma) obstructivo con carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas.

En esencia, se considera que ha existido una infracción de la lex artis ad hoc por la incorrecta interpretación de la sintomatología que presentó el paciente desde septiembre de 2014, de forma que no se pudieron paliar o disminuir los efectos derivados de su desarrollo, provocando no sólo una reducción de la esperanza de vida del paciente sino una gran merma o limitación de su calidad de vida, al tener que soportar intensos y constantes dolores que hubieran podido evitarse, se dice, de haberse detectado con mayor antelación el cáncer de colon.

Se efectúa reclamación por una suma total de 60.000 euros más los intereses legales correspondientes, ello a favor de los padres y hermanos del fallecido, cuya legitimación se defiende "como perjudicados por el daño producido a consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos que provocaron de forma directa el fallecimiento de su hijo y hermano respectivamente, Don Fulgencio ."

En síntesis, tanto la Administración demandada como su entidad aseguradora argumentan que se dispensó la atención médica adecuada, sin que existiera infracción de la lex artis en momento alguno.

Además, la entidad aseguradora opone la falta de legitimación activa, en general, para reclamar por los daños físicos sufridos por el paciente en vida, que se califican de personalísimos y, por tanto, no transmisibles mortis causa. De otro lado, se pone de relieve que la reclamación patrimonial se interpuso únicamente por dos de los demandantes (D. Luis Andrés y D. Aquilino) por lo que se interesa la desestimación de la demanda respecto de D. Fulgencio , Doña Justa , Doña Marisa y Doña Paulina en virtud del artículo 69.c) de la Ley 29/1998, de 13 de julio , reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (LJCA).

SEGUNDO.- En cuanto a la responsabilidad de las administraciones públicas, hay que resaltar que con arreglo al artículo 139.1 de la Ley 30/92, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común , actualmente artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público , los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de



los servicios públicos. En todo caso, añade el apartado 2, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

El indicado precepto constituye el trasunto legislativo de la previsión contenida al respecto en el artículo 106.2 de la Constitución Española y configura el sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, que tiene como presupuestos o requisitos, conforme a una reiterada jurisprudencia, los siguientes: a) Que el particular sufra una lesión de sus bienes o derechos real, concreta y susceptible de evaluación económica; b) Que la lesión sea antijurídica, en el sentido de que el perjudicado no tenga obligación de soportarla; c) Que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y d) Que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor (por todas, STS, Sala 3ª, de 10 de octubre de 1998 , 14 de abril de 1999 y 7 de febrero de 2006).

Para que sea antijurídico el daño ocasionado a uno o varios particulares por el funcionamiento del servicio basta con que el riesgo inherente a su utilización haya rebasado los límites impuestos por los estándares de seguridad exigibles conforme a la conciencia social. En este caso no existirá deber alguno del perjudicado de soportar el menoscabo y consiguientemente, la obligación de resarcir el daño o perjuicio causado por la actividad administrativa será a ella imputable. Finalmente es requisito esencial para exigir dicha responsabilidad el que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor (por todas, STS, Sala 3ª, de 10 de octubre de 1998 , 14 de abril de 1999 y 7 de febrero de 2006).

Por eso, en aplicación de la remisión normativa establecida en el artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio , reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa debe tenerse en cuenta que rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1214 del Código Civil , que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho así como los principios consecuentes que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios y los hechos negativos.

Así, este Tribunal ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985 , 9 de junio de 1986 , 22 de septiembre de 1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990 , 13 de enero , 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997 , 21 de septiembre de 1998), todo ello sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 , y 2 de noviembre de 1992 , entre otras).

TERCERO.- En lo que se refiere a la responsabilidad derivada de asistencia sanitaria, la jurisprudencia ha matizado la aplicación del instituto en dicho ámbito poniendo de manifiesto al respecto, la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, recurso de casación 6595/2001 , en su FJ 4º, que: «...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido "(cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la *lex artis ad hoc*"».

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria «... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente» (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la *lex artis* o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente.

CUARTO.- En el caso que nos ocupa, la controversia se plantea en torno al retraso en la emisión de un diagnóstico correcto en relación con los padecimientos de D. Fulgencio . Por tanto, no está de más recordar la STS de 27 noviembre 2000 , según la cual «Un diagnóstico es, en definitiva, un dictamen y como tal avanza un parecer, una opinión, partiendo de unos datos que obtiene por diversos medios y que eleva a categoría a través de lo que el estado de la ciencia y la técnica, así como el saber experimental que posea el médico actuante, permiten en el momento de emitirlo. Nunca un dictamen -sea jurídico, sea médico- puede garantizar un resultado. Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado, la certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano».

La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica. Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible.

QUINTO.- Un aspecto relevante en materia de responsabilidad médica es la forma en que los tribunales valoran las pruebas practicadas en el procedimiento teniendo en cuenta que nuestro derecho les concede un amplio margen de libertad para valorar el acervo probatorio. La valoración se deja al prudente criterio del juzgador que debe ajustarse en definitiva a las más elementales directrices de la lógica humana o, como dice el artículo 348 de la LEC , a las reglas de la sana crítica.

La prueba pericial, así como las declaraciones de los especialistas llamados al proceso, aunque no son vinculantes, están dedicadas a complementar los conocimientos del tribunal en el momento de adoptar la decisión cuyos fundamentos, por sus contenidos técnicos, hacen necesaria la ayuda de un experto en las materias científicas que pueden presentarse. En aquellas controversias jurídicas en donde aparece un presupuesto fáctico con efectos jurídicos suficientes para fundamentar una acción resarcitoria, pero que cuenta con distintos criterios de especialistas, es cuando la función interpretativa del tribunal se pone a prueba con el fin de discernir la posible existencia de los requisitos legales que habilitan la declaración de responsabilidad patrimonial, lo que resulta especialmente complicado cuando en los diversos informes periciales se alcanzan conclusiones contradictorias.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la



información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen.

Además de los dictámenes obrantes en autos, se erige en elemento probatorio el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial y que se recogen en la Historia Clínica, así como los protocolos y las guías médicas. Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe.

SEXTO.- Sentado lo anterior, para un mejor análisis de la controversia, es menester tomar en consideración los siguientes hechos relevantes que resultan de las actuaciones:

1.- El 4 de septiembre de 2014 D. Fulgencio (nacido el NUM000 /1976), acude a consulta del Médico de Familia por dolor testicular, sin molestias al orinar, no secreciones, no alteraciones en la orina ni eyaculación, no traumas previos. A la exploración física se aprecia testes en bolsa sin signos de inflamación, pene normal sin secreciones. El juicio clínico es que no se objetiva patología actual, por lo que se pauta observación y paracetamol.

2.- El 24 de septiembre el paciente acude nuevamente al Médico de Familia, quien aprecia un puño percusión renal derecha positiva, prescribe análisis de sangre y orina, ecografía de aparato urinario e ibuprofeno.

Ese mismo día acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro por dolor lumbar irradiado. Presenta "dolor lumbar continuo bilateral, en ocasiones irradiado a testículos, al inicio tuvo dolor testicular exclusivamente, no fiebre. No disuria, no hematuria. Visto en su MAP que pautó hidratación y analgesia que lleva por dos semanas sin mejoría". Se solicita análisis de sangre y orina (resultados normales) y una radiografía simple de abdomen en la cual se observa una "posible imagen litiásica en pelvis menor".

Con un juicio clínico de "CRU" (crisis reno-ureteral), se pauta hidratación, omeprazol, ibuprofeno y cita en consultas de Urología.

El 14 de octubre acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital por "Dolor lumbar bilateral alternante con dolor testicular desde el mes de Septiembre de 2014, al inicio tuvo dolor testicular exclusivamente. No disuria, no hematuria. Ayer febrícula de 37.20. Visto en su MAP y en esta Unidad donde se le pautó hidratación y analgesia sin mejoría, tras diagnosticarlo de CRU. Pendiente de ecografía el día 27/10/2014 y Consulta de Urología para valoración en Noviembre 2014".

Tras la exploración y la práctica de pruebas, se diagnostica CRU no complicado y se pauta: "Hidratación mayor de 3 lts día. Omeprazol 20 al desayuno. ibuprofeno 400 mgrs cada 8 hrs, si más dolor alternar con nolutil 575 mg 1 comprimido cada 8 horas. Acudirá a Consultas de Urología según cita y previa realización de ecografía. Control por su MAP. Si empeoramiento o aparición de nueva sintomatología acudirá de nuevo a Urgencias."

3.- El día siguiente, 15 de octubre, el paciente acude nuevamente a Urgencias ante la persistencia de dolor. Se emite un juicio clínico de prostatitis subaguda con posible componente de epididimitis izquierda concomitante y se pauta: "Alta, control AP. Si empeora volver. Entrego cita para eco escrotal preferente. CIPROFLOXACINO 500 mg cada 12 h durante al menos 18 días (3 envases) Slip ajustado. NAPROXENO 550 mg cada 12 h VO. METAMIZOL 575 mg máximo 4 diarios (cada 6 h). OMEPRAZOL 20 mg una vez al día mientras tome antiinflamatorio".

4.- El 27 de octubre consta que el resultado de la ecografía escrotal ordenada el 15 de octubre en Urgencias es normal.

El 28 de octubre, acude de nuevo a Urgencias por persistencia de dolor testicular. En el informe de alta se consigna: "Ecografía urológica (28/10/2014): [...] Conclusión: Pequeño quiste cortical renal derecho. Pendiente cita con urología el 14 de noviembre. A pesar de antibioterapia, naproxeno 500mg/12hs vo y metamizol 1caps/8hs vo, refiere persistencia del dolor de localización escrotal izquierdo, no sensación de fiebre ni



sensación distérmica. No clínica miccional. No náuseas ni vómitos. Además del dolor escrotal izquierdo, también comenta dolor en flanco derecho y fosa renal derecha.

El juicio clínico es: prostatitis y epididimitis en tratamiento; cólico renouretral derecho con ecografía urológica de esta mañana normal; hipertransaminemia a estudio ambulatorio.

Se pauta tratamiento farmacológico, abundante ingesta hídrica, control y seguimiento por médico de atención primaria y urólogo según cita y si empeoramiento clínico o nueva sintomatología acudir de nuevo a urgencias.

El 30 de octubre, el paciente acude al Centro de Salud para solicitar las recetas indicadas en Urgencias y, además, el Médico de Familia prescribe dexketoprofeno 25 mg. El 3 de noviembre acude a recoger recetas de Metamizol; el día 6 acude la madre del paciente para solicitar la baja laboral desde el día 5 de noviembre. El 11 de noviembre acude el paciente y se anota en la historia clínica: "en estudio por uro. Esta mañana TAC abdominal con contraste pendiente de resultados. Está con mucho dolor por cólico nefrítico". En el Centro de Salud la enfermera le administra diclofenaco + metamizol intramuscular y el MAP pauta tratamiento analgésico para domicilio.

5.- El 6 de noviembre es atendido por el servicio de Urología del Hospital Central de la Cruz Roja. Se indica la realización de un TC abdominopélvico cuyo resultado objetiva la presencia de: "engrosamiento mural concéntrico en porción distal del colon sigmoide compatible con neoplasia estenosante y distensión secundaria generalizada con abundante contenido fecal en todo el marco cólico proximal a la lesión. Metástasis hepáticas múltiples. Carcinomatosis peritoneal y afectación metastásica omental. Discreta cantidad de líquido intraperitoneal perihepático y en gotiera paracólica derecha".

6.- El 13 de noviembre el paciente es derivado desde el Hospital Central de la Cruz Roja al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro. Ese día ingresa en el servicio de cirugía. La radiografía de abdomen del día 14 muestra marco cólico dilatado, con importante edema de pared, sin signos de perforación.

En el informe de la colonoscopia del 14 de noviembre se emite un juicio diagnóstico de estenosis colónica múltiple de aspecto extrínseco (implantes peritoneales) no subsidiaria de tratamiento endoscópico. Biopsias de mucosa colorrectal con adenocarcinoma infiltrante.

Durante el ingreso, ante el cuadro de obstrucción intestinal se solicita valoración por Cirugía General, se coloca sonda nasogástrica y se realiza rectosigmoidoscopia con toma de biopsias, siendo imposible la colocación de prótesis colónica por obstrucción total. Por ello se realiza operación de Hartmann con colostomía sin resear el tumor primario.

El día 29 de noviembre, de acuerdo con el paciente, se inicia tratamiento mediante esquema FOLF0X6m reducido al 70%, con explicación del balance riesgo-beneficio del tratamiento y firma del consentimiento informado. Los dos días posteriores a la quimioterapia el paciente presenta mejoría muy leve del estado general, con posterior empeoramiento progresivo. Se inicia nutrición parenteral y antibioterapia empírica, a pesar de lo cual comienza con dolor abdominal cada vez mayor, de difícil control con medicación, con abdomen distendido y timpánico.

Dado el progresivo estado general y la refractariedad sintomática, a pesar de todas las medidas tomadas, así como el inicio de desconexión del medio del paciente, de acuerdo con la familia se inicia la priorización de las medidas de confort, pautándose sedoanalgesia por el equipo médico.

Se certifica el exitus el día 10 de diciembre a las 18:30 horas. El juicio clínico es de adenocarcinoma de colon (sigma) obstructivo con carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas.

SÉPTIMO.- De cuanto se ha expuesto en el fundamento anterior, resulta que el 28 de octubre de 2014 es la fecha de la última visita del paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro por persistencia de dolor testicular. Ese día ya se dispone de los resultados de las ecografías renouretral y escrotal, siendo ambas normales. A la espera de la cita con Urología, prevista para el 14 de noviembre, el paciente es dado de alta con juicio clínico de prostatitis y epididimitis en tratamiento, CRU derecho con ecografía normal e hipertransaminemia a estudio ambulatorio. Se pauta analgesia y el mantenimiento del tratamiento antibiótico prescrito el 15 de octubre hasta completar el ciclo.

El paciente es finalmente diagnosticado de cáncer de colon en estadio IV el día 13 de noviembre de 2014.

En cuanto al diagnóstico de las asistencias previas de D. Fulgencio por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro, en las dos primeras es CRU y en las siguientes, prostatitis y epididimitis.

En el informe de la Inspección Médica de fecha 9 de octubre de 2015 (folios 302 y siguientes del expediente administrativo), tras exponer las características propias de una CRU (un complejo de síntomas característicos de la presencia de cálculos en el tracto urinario superior), se indica que los síntomas iniciales del paciente

no descartaban dicho diagnóstico. Esto no obstante, en lo que aquí interesa, se recogen dos objeciones en relación con la actuación clínica de los facultativos en las reseñadas cuatro visitas al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro.

Así, en primer lugar, se señala que las radiografías de abdomen realizadas al paciente los días 24 de septiembre y 14 de octubre muestran un abundante contenido fecal en todo el marco cólico que se había incrementado durante ese período de tiempo, pero no existe constancia alguna en la historia clínica de que esas imágenes, sin duda inespecíficas si se analizan aisladamente, fueran tenidas en cuenta a la hora de orientar la anamnesis hacia los hábitos intestinales del paciente. En los registros clínicos de esas cuatro asistencias no consta que el paciente relatará cambios recientes en sus hábitos intestinales ni que fuera interpelado a este respecto, de manera que a la vista de dichas imágenes radiográficas y, en función de la evolución de tales hábitos, se pudieran haber indicado otras pruebas diagnósticas, como una colonoscopia. La Inspección también pone de relieve que los días 13 y 14 de noviembre se recoge en la historia clínica del Hospital que el dolor que presentaba el paciente desde septiembre se acompañaba de estreñimiento.

En segundo lugar, la Inspección reprocha que en ninguna de las asistencias de Urgencias se recabara la interconsulta del urólogo de guardia. La duración del proceso, desde el 4 de septiembre, y la inespecificidad de la sintomatología, tanto del CRU, según reconoce el facultativo de Urgencias el 15 de octubre, como de la prostatitis y epididimitis, que no se confirman en la ecografía escrotal que se realiza también el 15 de octubre, indicaban la pertinencia de consultar con un urólogo.

Como se ha expuesto, D. Fulgencio no es diagnosticado de cáncer de colon, en estadio IV, hasta el día 13 de noviembre de 2014. A este respecto, la Inspección precisa que aunque hubiera sido diagnosticado, en el mejor de los casos, cuando acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital el 24 de septiembre, el desenlace fatal de su proceso no hubiera variado significativamente, si bien, cuestión distinta es que se hubiera podido evitar el dolor que padeció desde esa primera visita hasta el 13 de noviembre.

Por los motivos expuestos, la Inspección concluye que la asistencia no fue ajustada a la *lex artis* en los términos indicados, no apreciando negligencia alguna en la actuación del Médico de Familia.

OCTAVO.- Llegados a este punto, es menester recalcar que además del expediente administrativo, conformado por la historia clínica y, entre otros, el informe suscrito por el Dr. D. Luis Alberto (folio 287 y siguientes), el del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (folio 288 y siguientes) y el ya reseñado informe de la Inspección Médica, a efectos de prueba y, a instancia de la parte actora, en fecha 7 de noviembre de 2016 se ha emitido dictamen por el perito judicial Dr. D. Pedro Miguel, especialista en Medicina Interna y en Oncología Médica. A lo que ha de añadirse el informe pericial aportado por la entidad aseguradora, suscrito por la Dra. D^a. Piedad, especialista en Medicina Interna.

Si algo cabe destacar es que, en esencia, todos los informes periciales coinciden al señalar que hubo un retraso en el diagnóstico que, si bien no tiene ninguna incidencia sobre el resultado, habría supuesto que se aplicaran antes tratamientos específicos para el dolor y/o paliativos.

En este sentido, el perito judicial destaca que es excesivo que transcurriesen dos meses sin ofrecer técnicas diagnósticas adicionales habida cuenta que durante ese tiempo el cuadro clínico persistía y el enfermo no mejoraba. Es por ello que el perito considera que, no obstante los datos inespecíficos de la enfermedad, no se procedió de forma ajustada al problema porque no se emplearon procedimientos distintos para confirmar/descartar patologías diferentes a la que supuestamente padecía el enfermo y que, por error diagnóstico, se le atribuía. De hecho, cuando a los dos meses se emplea una de tales técnicas (TAC abdominal) se tiene la clave diagnóstica. Pone de relieve, al igual que la Inspección, los signos de las radiografías de abdomen en las que consta la abundancia de heces en el colon, signo indirecto de una posible estenosis intestinal.

En todo caso, tras afirmar que se podría haber diagnosticado previamente la neoplasia puntualiza que, de forma inequívoca, el estadio clínico evolutivo de la enfermedad hubiera sido probablemente el mismo aunque se hubiera realizado un mes antes (a lo sumo dos, si se computa desde el inicio de los síntomas, lo cual no parece realista). Se añade: *"A este respecto, estamos de acuerdo con la Inspección Médica en que el desenlace fatal del proceso no se hubiera podido evitar debido a la extensión de la neoplasia, aún cuando se hubiera diagnosticado en la primera visita. Es suficientemente expresivo lo que se incluye en dicho informe sobre que el pronóstico y la evolución en un enfermo con carcinomatosis peritoneal secundaria a un adenocarcinoma de colon no se hubiera podido modificar significativamente."*

Por tanto, el perito judicial determina que los medios empleados para el diagnóstico no fueron suficientes, si bien tal circunstancia no ha influido en el pronóstico y el fatal desenlace, *"sino sólo en la calidad de vida de las últimas semanas, durante las que hubiera sido posible abordar la sintomatología (y muy específicamente el dolor) de una manera más específica."*



En similares términos se pronuncia la Dra. D^a. Piedad , especialista en Medicina Interna que suscribe el dictamen aportado por la entidad aseguradora. En este sentido, tras afirmar que la actuación del servicio de atención primaria fue correcta, así como la del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro en las primeras consultas, se pone de relieve que ante las nuevas visitas del 14 y 15 de octubre, se debió de haber cuestionado el diagnóstico al no añadirse al dolor ningún otro signo ni síntoma de patología urológica, destacando que una simple ecografía abdominal habría adelantado información. Se valora que, una vez realizada la TC todas las decisiones fueron acertadas y rápidas, siendo imposible aun así, controlar adecuadamente el dolor debido a la progresión de la grave enfermedad del paciente.

También se afirma taxativamente que *"Aun habiendo sido diagnosticado en el mes de octubre de una carcinomatosis peritoneal secundaria a un adenocarcinoma de colon, ni su pronóstico ni su evolución clínica hubieran podido ser modificados."*

En definitiva, se concluye que *"El manejo del enfermo de acuerdo a los síntomas y a los diagnósticos de sospecha, bien formulados, fue adecuado. Sin embargo ante la persistencia del dolor deberían de haberse solicitado estudios de imagen complementarios, aunque haberle diagnosticado antes de lo que finalmente tuvo, no hubiera modificado la historia natural de su enfermedad. Ni siquiera sabiendo ya el origen del dolor pudo controlarse éste adecuadamente con intensa analgesia, cirugía de derivación paliativa y quimioterapia. La supervivencia media con una carcinomatosis extensa como la del paciente es de 4 meses (1)."*

NOVENO.- Por tanto, de cuanto se ha expuesto anteriormente se infiere sin dificultad que, efectivamente, existió un retraso en el diagnóstico correcto del paciente, que debió de haberse concretado cuando acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta del Hierro el 14 y 15 de octubre de 2014 con persistencia de los síntomas, si se hubieran empleado técnicas y procedimientos adicionales en los términos ampliamente expuestos.

Ahora bien, aunque D. Fulgencio no es diagnosticado de cáncer de colon, en estadio IV, hasta el día 13 de noviembre de 2014, todos los informes periciales coinciden al afirmar, sin género de duda, que aunque se hubiera detectado antes, en nada hubiera influido en su evolución y fatal desenlace. Incluso la Inspección añade que de haberse diagnosticado cuando acudió por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital el 24 de septiembre, circunstancia que el perito judicial califica de poco realista, nada habría cambiado.

En consecuencia, es obligado concluir la existencia de negligencia en la asistencia médica dispensada toda vez que, en los términos expuestos, se infringió la *lex artis*, provocando así que el paciente sufriera una pérdida de oportunidad concretada en un retraso en el diagnóstico de su enfermedad, desde el 14 de octubre hasta el 13 de noviembre de 2014.

DÉCIMO.- Siguiendo con lo expuesto en el fundamento anterior, en lo que hace a la denominada jurisprudencialmente pérdida de oportunidad, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 2012, (recurso de casación 4598/2011) establece que *« La privación de expectativas constituye un daño antijurídico, puesto que aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina, los ciudadanos deben contar con la garantía de que van a ser tratados con diligencia aplicando los medios e instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las Administraciones sanitarias. A que no se produzca una "falta de servicio" (STS de 7 de noviembre de 2008, (RC 4776/2004) en sentido concordante de "defecto de pericia y pérdida de actividad" (STS 24/11/2009, (RC 1592/2008) »* .

La pérdida de oportunidad exige tomar en consideración dos elementos, a saber, el grado de probabilidad de que la actuación médica omitida hubiera podido producir un resultado beneficioso y el alcance o entidad del mismo. Así, como se establece, por todas, en la STS de 22 de mayo de 2012 (recurso de casación 2755/2010), *« OCTAVO.- En la reciente sentencia de fecha 19 de octubre de 2011, dictada en el recurso de casación núm. 5893/2006 , hemos afirmado que la llamada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo. »*

En el caso que nos ocupa, en los términos ya expuestos, existió un retraso en el diagnóstico que, a juicio de la Sala, ha de computarse desde el 14 de octubre de 2014, fecha en la que debieron practicarse nuevas pruebas diagnósticas ante la persistencia de los síntomas y la duración del cuadro que presentaba el paciente. El diagnóstico correcto se emitió el 13 de noviembre en los términos ya relatados.

Ahora bien, reconociendo la existencia de un retraso en el diagnóstico, todos los informes periciales coinciden al señalar que el paciente no hubiera tenido mayores probabilidades de sobrevivir en el supuesto de que el adenocarcinoma hubiera sido localizado y tratado un mes antes, ni siquiera de haberse detectado desde un



inicio (lapso temporal de dos meses), lo que además se considera poco realista. En consecuencia, no existe duda alguna sobre cómo habría evolucionado el paciente en el supuesto de haber tenido una asistencia médica más rápida y, dado que no habría habido ningún cambio, es obligado considerar que la situación provocada no comporta la privación de expectativas que, desde el punto de vista jurídico, viene calificado como pérdida de oportunidades (Sentencias del Tribunal Supremo de 7 de septiembre de 2005 y 26 de junio de 2008), pues el paciente no perdió la oportunidad de que las cosas evolucionaran mejor, ya que dicha posibilidad no existía.

Cuestión diferente es la incidencia que el retraso en el diagnóstico ha tenido en la calidad de vida del paciente, quien pudo haber recibido tratamientos específicos para paliar los dolores un mes antes. Aunque la perito de la entidad aseguradora señala que ni siquiera cuando se determinó el origen del dolor se pudo controlar adecuadamente a pesar de la intensa analgesia, la cirugía de derivación paliativa y quimioterapia, es lo cierto que existió un retraso de un mes en la aplicación de tales medidas, al respecto del cual tanto la Inspección como el perito judicial señalan que se hubiera podido mejorar la calidad de vida hasta el 13 de noviembre, abordando el dolor de forma específica. En definitiva, en el caso de autos, se estima que estos son los únicos daños provocados por el retraso en el diagnóstico.

UNDÉCIMO.- Concretados los daños derivados de la actuación contraria a la *lex artis*, es obligado el examen de la excepción de falta de legitimación planteada por la entidad aseguradora.

En primer lugar, antes del análisis de la calificación que merecen los daños causados, es un hecho cierto - tal como consta en las actuaciones - que la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada frente a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, el 16 de abril de 2015, fue únicamente interpuesta por D. Luis Andrés y D. Aquilino .

Esto no obstante, mediante escrito de fecha 22 de octubre de 2015, D. Bienvenido , D^a. Justa , D^a. Marisa y D^a Paulina se personaron en la tramitación de la reclamación administrativa dentro del plazo de un año legalmente estipulado en el artículo 142.5 de la Ley 30/92, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común .

En consecuencia, al haber presentado reclamación previa en vía administrativa, todos ellos pueden acudir a esta vía jurisdiccional formulando demanda contra la desestimación presunta de dicha reclamación, lo que conlleva que no pueda tener acogida la tesis de la entidad aseguradora relativa a la posible falta de legitimación de parte de los demandantes.

Siguiendo con la calificación de los daños derivados del retraso en el diagnóstico, tal como se ha expuesto en fundamentos anteriores, en el caso de autos no se aprecia la denominada pérdida de oportunidad, habida cuenta que dicho retraso no tuvo incidencia alguna en la evolución de la enfermedad, que habría sido la misma, ni tampoco en el fatal desenlace, que no se habría podido evitar ni demorar. Por tanto, los únicos daños consecuencia de la mala praxis concretada en el retraso en el diagnóstico son los persistentes y fuertes dolores que el paciente hubo de soportar sin recibir un tratamiento adecuado a su dolencia hasta que la misma fue correctamente diagnosticada, lo cual hubiera mejorado su calidad de vida. Esto es, se trata de daños físicos sufridos por el enfermo y, como tal, personalísimos.

En cuanto a la legitimación para reclamar por los daños personales sufridos por el enfermo, esta Sala y Sección ha venido reconociendo legitimación activa a los herederos, para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios irrogados al causante, en los supuestos en que éste hubiera ejercitado la reclamación con antelación a su fallecimiento, momento en el que transmite ese derecho a sus herederos, por entender que el derecho ejercitado tiene naturaleza patrimonial y es plenamente transmisible (Sentencias 591/13, de 17 de julio , y 817/13, de 15 de noviembre). Junto a los anteriores, concurren asimismo otros pronunciamientos en los que se entiende que el título de heredero no es bastante para sustentar legitimación activa para reclamar por unos daños personalísimos que sólo sufrió el causante en vida y no reclamó antes de fallecer (Sentencia de la Sección 9^a, de 28 de febrero de 2013, recurso 977/2009).

Sin embargo, frente a ello, no puede ignorarse la doctrina sentada en la materia por Sala Primera del Tribunal Supremo, a título de ejemplo, en Sentencia de 13 de septiembre de 2012 (recurso de casación 2019/2009) en la que, con cita de anterior pronunciamiento de la misma Sala, de 10 de diciembre de 2009 (recurso 1090/2005), en un supuesto en el que la víctima de un accidente de tráfico falleció como consecuencia del propio accidente antes de que sus padres formularan reclamación judicial en sede civil y en el que los padres del fallecido, independientemente de su legitimación para reclamar la indemnización que les correspondía como perjudicados por el fallecimiento de su hijo, optaron por reclamar como herederos la mayor indemnización que le habría correspondido a éste por los daños personales sufridos en concepto de lesiones y secuelas, proclama lo siguiente: *"En el presente caso, el perjuicio extrapatrimonial trae causa del accidente, y el alcance real del daño sufrido por la víctima estaba ya perfectamente determinado a través de un informe del médico forense por lo que, al margen de su posterior cuantificación, era transmisible a sus herederos puesto que no se extingue*



por su fallecimiento, conforme el artículo 659 del CC . Como señala la sentencia de 10 de diciembre de 2009 , a partir de entonces existe una causa legal que legitima el desplazamiento patrimonial a favor del perjudicado de la indemnización por lesiones y secuelas concretadas en el alta definitiva, tratándose de un derecho que, aunque no fuera ejercitado en vida de la víctima, pasó desde ese momento a integrar su patrimonio hereditario, con lo que serán sus herederos, en este caso sus padres, los que ostentan derecho *-iure hereditatis-*, y por tanto, legitimación para exigir a la aseguradora su obligación de indemnizar lo que el causante sufrió efectivamente y pudo recibir en vida, a cuenta de la cual, y de los intereses que pudieran corresponderle, entregó la aseguradora la cantidad de 312.527,75 euros, como legitimación tienen también, aunque no la actúen en este caso, como perjudicados por el fallecimiento que resulta del mismo accidente *-iure proprio-* puesto que se trata de daños distintos y compatibles".

Asimismo, la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de 26 de marzo de 2012 (recurso 3531/2012), al resolver una reclamación de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, parte del quebranto de la *lex artis* en la prestación del consentimiento informado como consecuencia de no haber sido instruida la paciente adecuadamente sobre los riesgos derivados del parto por cesárea, con la consiguiente producción de un daño moral reparable económicamente ante la privación de la capacidad de decidir de la víctima, y admite la legitimación del esposo e hijos de la fallecida para reclamar el concepto indemnizatorio correspondiente al indicado daño moral generado a esta última por la ausencia de consentimiento informado (que cuantifica en la suma de 60.000 euros), además de la legitimación por derecho propio para ejercitar la acción de resarcimiento por el fallecimiento de la citada como consecuencia del también quebranto de la *lex artis* en la atención sanitaria de la misma.

DUODÉCIMO.- Siguiendo con lo expuesto en el fundamento anterior, atendidas las circunstancias del caso concreto y el estado de salud del paciente, la Sala estima que no cabe exigir su previa reclamación administrativa para que se produzca la transmisión de su acción a sus herederos. Dicho lo cual, ha de negarse la legitimación activa a todos los recurrentes, excepto a D. Bienvenido y D^a. Justa , porque no se ha acreditado su condición de herederos del paciente ya que, como hermanos con progenitores supérstites, no son legitimarios.

Se fija en 4.000 euros la suma que le hubiera correspondido al enfermo en concepto de indemnización por los dolores que soportó sin recibir un tratamiento adecuado a su dolencia hasta que la misma fue correctamente diagnosticada, con un mes de retraso. Dado que sus padres son legitimarios en su condición de ascendientes, dicha cantidad deberá ser repartida entre ellos a partes iguales, correspondiéndole a D. Bienvenido y a D^a. Justa , 2.000 euros, a cada uno de ellos, en dicho concepto.

De otro lado, en el escrito de demanda también se reclama la indemnización del perjuicio psicológico o moral causado a los familiares recurrentes como consecuencia directa del indebido sufrimiento del paciente y, en este limitado extremo, han de ser estimadas sus pretensiones.

En conclusión, aparte de los reseñados daños personalísimos, el único concepto indemnizable es el perjuicio moral provocado a los recurrentes, hermanos y padres del paciente, al presenciar los sufrimientos soportados por el enfermo durante el período comprendido entre el 14 de octubre y el 13 de noviembre de 2014, habida cuenta que de no haberse retrasado el diagnóstico durante dicho mes se hubiera aplicado un tratamiento paliativo y específico con anterioridad que hubiera mejorado la calidad de vida del paciente.

En supuestos como el de autos, es obligado admitir la dificultad que plantea fijar una cantidad que, en la mitad de lo posible, compense tales daños morales, por lo que procede señalar una cantidad a tanto alzado acudiendo a un juicio ponderado y prudente de la Sala, en el que se tendrán en cuenta las circunstancias tanto objetivas como subjetivas concurrentes.

Por todo cuanto antecede, tomando en consideración el retraso en el diagnóstico (un mes), las características del caso - sobradamente expuestas -, el objeto de indemnización y la cantidad que la parte actora solicitó por todos los conceptos, se estima ajustado a las circunstancias fijar una indemnización de 2.000 euros para cada uno de los hermanos recurrentes y de 3.000 euros para cada uno de los progenitores, al entender que es mayor el sufrimiento del ascendiente que presencia los padecimientos de su hijo.

Todas las cantidades reseñadas habrán de ser incrementada con los intereses legales devengados desde las respectivas fechas de interposición de las reclamaciones administrativas.

DECIMOTERCERO.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa , las costas se impondrán a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones. En el presente caso no se efectúa pronunciamiento impositivo de las costas causadas en la presente instancia, en atención a la estimación parcial del recurso contencioso-administrativo.

Por todo lo expuesto, en nombre de S.M. el Rey y en el ejercicio de la potestad que, emanada del pueblo español, nos confiere la Constitución

**FALLAMOS**

PRIMERO.- ESTIMAMOS PARCIALMENTE el recurso contencioso-administrativo número 795/2015 interpuesto por D. Bienvenido y D^a. Justa por los hechos ya identificados **Y CONDENAMOS A LA COMUNIDAD DE MADRID A ABONAR**, a cada uno de ellos, la suma de **CINCO MIL EUROS (5.000 EUROS) EN CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN POR LOS DAÑOS CAUSADOS**, conforme a los fundamentos de la presente resolución . Dicha cantidad habrá de ser incrementada con los intereses legales devengados desde la fecha de interposición de la reclamación administrativa.

SEGUNDO.- ESTIMAMOS PARCIALMENTE el recurso contencioso-administrativo número 795/2015 interpuesto por D. Luis Andrés , D. Aquilino , D^a. Marisa y D^a Paulina por los hechos ya identificados **Y CONDENAMOS A LA COMUNIDAD DE MADRID A ABONAR**, a cada uno de ellos. la suma de **DOS MIL EUROS (2.000 EUROS) EN CONCEPTO DE DAÑOS MORALES** conforme a los fundamentos de la presente resolución . Dicha cantidad habrá de ser incrementada con los intereses legales devengados desde la fecha de interposición de las respectivas reclamaciones administrativas.

TERCERO.- NO EFECTUAMOS pronunciamiento impositivo de las costas procesales devengadas en la presente instancia.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación, que deberá prepararse ante esta Sala en el plazo de **treinta días** , contados desde el siguiente al de su notificación, acreditándose en el escrito de preparación del recurso el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 89.2 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-administrativa , con justificación del interés casacional objetivo que presente. Previa constitución del depósito previsto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial , bajo apercibimiento de no tener por preparado el recurso.

Dicho depósito habrá de realizarse mediante el ingreso de su importe en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de esta Sección, cuenta-expediente nº 4982-0000-93-0795-15 (Banco de Santander, Sucursal c/ Barquillo nº 49), especificando en el campo **concepto** del documento Resguardo de ingreso que se trata de un "Recurso" 24 Contencioso-Casación (50 euros). Si el ingreso se hace mediante transferencia bancaria, se realizará a la cuenta general nº 0049-3569-92-0005001274 (IBAN ES55-0049-3569 9200 0500 1274) y se consignará el número de cuenta-expediente 4982-0000-93-0795-15 en el campo "Observaciones" o "Concepto de la transferencia" y a continuación, separados por espacios, los demás datos de interés.

Así por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el/la Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Ponente D./Dña. ANA RUFZ REY, estando la Sala celebrando audiencia pública en el día 25 de abril de 2018, de lo que, como Letrado/a de la Administración de Justicia, certifico.