



RECLAMACION PREVIA

A LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES DE LA
COMUNIDAD DE MADRID

C/ DE MELQUIADES BIENCINTO N° 15. 28053 MADRID

DOÑA _____, mayor de edad, D.N.I. n° _____ y con domicilio en _____ Calle _____ n° _____, ante la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid comparece y como mejor proceda en Derecho, **DICE:**

Que mediante el presente escrito formula **RECLAMACION PREVIA** a la vía Jurisdiccional Social, frente a la resolución de la Dirección General de Servicios Sociales, de 16 de diciembre de 2014, notificada el día 30 de diciembre de 2014, por la que se resuelve **RECONOCER UN GRADO TOTAL DE DISCAPACIDAD DEL 12%**, tal como se aporta en el **documento n° 1**, estimando tal resolución no ajustada a derecho y lesiva para sus intereses, **IMPUGNADOSE** la misma, por considerar estar afecto a un GRADO DE DISCAPACIDAD MAYOR basando tal impugnación en los siguientes,

MOTIVOS

Primero.- Que en fecha 16 de diciembre de 2014 se emite un dictamen técnico facultativo que acompaña a la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad de la misma fecha, por la que se reconoce un grado total de discapacidad del 12%, indicando qué el paciente presenta:

- “1.- Discapacidad del sistema osteoarticular por síndrome algico de etiología idiopática
- 2.- Limitación funcional de columna por trastorno del disco intervertebral de etiología degenerativa
- 3.- Trastorno interno de rodilla de etiología degenerativa
- 4.- Pérdida quirúrgica parcial de un órgano por tumor benigno en aparato urinario de etiología tumoral”

Se aporta dictamen como documento n° 2

Segundo.- Las patologías, secuelas y limitaciones que presenta el compareciente en su actividad diaria, se objetivan en los distintos documentos médicos que se aportan como documentos n° 3 a 24:

3.- Informe de RM de rodilla izquierda de _____ de 10 de febrero de 2001:

“Conclusión: Condropatía rotuliana grado II.”

4.- Informe emitido por el Dr. _____ especialista en Traumatología y Ortopedia, de fecha 1 de marzo de 2001:

“Diagnóstico: Condropatía patelar grado II: Tendencia a la luxación externa de la rotula rodilla izquierda.

Tratamiento: Artroscopia terapéutica”

5.- Informe emitido por el Dr. _____ especialista en Traumatología y Ortopedia, de fecha 24 de mayo de 2001:

“Diagnóstico: Rotura degenerativa cuerno posterior menisco medial. Plica sinovial hipertrófica. Condropatía grado I rodilla derecha.

Tratamiento: Artroscopia terapéutica”

6.- Informe patológico del Centro _____ de 15 de julio de 2004:

“Diagnóstico: Vesícula biliar: Colecistitis crónica.”

7.- Informe de Urgencias del Hospital _____ de 4 de noviembre de 2009:

“Motivo de consulta: Dolor lumbar

Exploración física: Presenta dolor lumbar paravertebral izquierdo y marcada limitación de los movimientos de flexión el tronco.

Juicio diagnóstico: Lumbalgia

Tratamiento:

Ruego baja laboral si lo necesitase.

*Reposo en cama según precise.
No hacer esfuerzos ni coger pesos.
No permanecer a pie quieto.”*

8.- Informe de Urgencias del Hospital 19 de marzo de 2013:

*“Motivo de consulta: **DOLOR***

*Juicio diagnóstico: **Condromalacia rotuliana izquierda”***

9.- Informe médico de Alta del Hospital le 24 de abril de 2013:

*“Motivo de ingreso: **Condromalacia rotuliana rodilla izqda.***

Antecedentes personales: Qx previas: Artroscopia ambas rodillas a los años: Meniscopatía y Condromalacia rotuliana. Colicistectomía.

*Enfermedad actual: **Dolor mecánico rodilla izquierda***

Protocolo intervención

Fecha: 24/04/2013

Intervención: Artroscopia rodilla izquierda + Liberación alero superoext rotula

*Juicio diagnóstico: **Condromalacia rotuliana rodilla izquierda”***

10.- Informe médico de Alta del Hospital de 4 de julio de 2013:

*“Motivo de ingreso: **Condromalacia rotuliana rodilla derecha.***

Antecedentes personales: Qx previas: Artroscopia ambas rodillas a los años: Meniscopatía y Condromalacia rotuliana. Colicistectomía.

*Enfermedad actual: **Dolor mecánico rodilla derecha***

Protocolo intervención

Fecha: 03/07/2013

Intervención: Artroscopia rodilla derecha + Liberación aleron superoexterno

*Juicio diagnóstico: **Condromalacia rotuliana rodilla derecha”***

11.- Informe de Cirugía Maxilofacial del Hospital 6 de febrero de 2014:

*“Motivo de ingreso: **ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR***

Intervención quirúrgica: Se realiza BAG, artrocentesis con 80cc de rigerlactato en cada lado, así como infiltración de ac. Hialurónico.”

12.- Informe de Cirugía Maxilofacial del Hospital de 1 de abril de 2014:

“Motivo de ingreso: ANQUILOSIS TM

*Intervención quirúrgica: Se realiza BAG, artroscopia bilateral evidenciando **subluxación del disco articular, sinovitis grado moderado, y condromalacia en grado 0. Se infiltra ac. Hialurónico de rápida degradación.**”*

13.- Informe del Servicio de Cirugía ortopédica y Traumatología emitido por el Dr. de fecha 10 de julio de 2014:

“Paciente de años, con antecedentes de Ansiedad en tratamiento con tankimazín, vista en consulta desde Agosto del 2013 por presentar dolor mecánico en ambas rodillas y columna lumbar.

*Fue intervenida en el hospital por presentar una **Condromalacia rotuliana grado II – III ambas rodillas y una rotura del menisco interno con plica medial en la rodilla derecha.** Se realizó un desbridamiento del cartilago rotuliano, una liberación retinacular externa abierta de ambas rodillas en Marzo del 2001 y una meniscectomía parcial del cuerno posterior del menisco interno de la rodilla derecha.*

El dolor y la leve inflamación han persistido en ambas rodillas y ha precisado de tratamiento con aines, rehabilitación e infiltraciones con ácido hialurónico en ambas rodillas en varias ocasiones.

*En la última RNM de ambas rodillas realizada en Diciembre del 2013 se comprueba **persistencia de la condropatía rotuliana bilateral grado II – III con leve derrame articular más intenso en la rodilla izquierda...***

Presenta también lumbagos de repetición por escoliosis lumbar de 10° y rotación grado I y leve pinzamiento articular del disco L5- S1 con inversión de la lordosis lumbar fisiológica que produce dolor, contractura muscular lumbar bilateral y limitación de la movilidad de columna lumbar, y que precisa de aines y tratamiento fisioterápico y rehabilitador de forma periódica.

En la actualidad persiste dolor en ambas rodillas... La movilidad de ambas rodillas es 135° flexión y extensión 0°... Zholen ++ cepillo + y dolor a la presión de la carilla articular de ambas rotulas como manifestación de la persistencia de su condropatía rotuliana grado II. Dolor al flexionar al máximo las rodillas, al subir y bajar escaleras y al llevar objetos pesados en flexión de ambas rodillas.

Por el momento no se considera necesario nuevo tratamiento quirúrgico de su condropatía rotuliana y será controlada con fisioterapia y nuevas infiltraciones de ácido hialurónico en ambas rodillas.”

14.- Informe de emitido por el Dr. le fecha 10 de julio de 2014:

“Tras 5 meses postoperatorios (artroscopia bilateral el 1/4/14) el cóndilo izquierdo continua con hipomovilidad clara que le condiciona limitación de apertura. Es muy probable que precise nueva artroscopia en ATM izquierda...”

15.- Informe de RM columna lumbar del Hospital

le 10 de julio de 2014:

“Conclusión diagnóstica: Compatible con rotura del anillo fibroso en L5- S1.”

16.- Informe emitido por el Psicólogo
julio de 2014:

fecha 24 de

“Conclusiones:

... Se evidencian déficits entre leve – moderados en las siguientes funciones:

Denominación verbal de objetos

Razonamiento analógico

Cálculo

Memoria inmediata auditiva (span verbal), memoria de trabajo y memoria reciente visoespecial”

17.- Informe de Spect cerebral de perfusión del Hospital
2014:

de 12 de agosto de

“Resumen: HIPOPERFUSIÓN CORTICAL PARITETAL OCCIPITAL DERECHO POSTERIOR Y TEMPORAL IZQUIERDO.”

18.- Informe del Centro Universitario de Medicina Deportiva de 17 de septiembre de 2014:

“Antecedentes personales:

A. Quirúrgicos:

2001 operada de condromalacia rotuliana bilateral, menisectomía parcial menisco interno rodilla derecha. ”

2004 colecistectomía

2009 operada por miopatía

2013 Apendicectomía

2013 operada por condromalacia rotuliana

2014 operada por Artrosis de mandíbula

2014 Cistectomía parcial endometriosis operada

Otros antecedentes:

Digestivo irritable

Fibromialgia

Anámnesis: Mareo, hace un año comienza con cuadro de cansancio exagerado para la actividad, asociado a falta de concentración y pérdida de memoria.

1º Capacidad funcional / energética máxima

... el mismo valor le otorga una capacidad funcional Grado II SFC/ sobre IV para pacientes con S. de Fatiga crónica.

*Conclusión: teniendo en cuenta que capacidad energética máxima del paciente fue significativamente INFERIOR a la de los sujetos sedentarios de su grupo de edad y sexo de la población general, consideramos que **PRESENTA una LIMITACIÓN / INCAPACIDAD OBJETIVA para afrontar actividades intensas y/o continuadas, tanto de la vida diaria como laborales.***

2º Capacidad de transporte de oxígeno

Conclusión: la paciente muestra una capacidad de transporte de oxígeno SIGNIFICATIVAMENTE INFERIOR a la de una persona de sus mismas características sana y sedentaria.

3º Capacidad funcional/ energética submáxima

Conclusión: Los valores obtenidos por el paciente, al ser tan bajos, reflejan una LIMITACIÓN/ INCAPACIDAD OBJETIVA para mantener las actividades laborales y de la vida diaria, durante una jornada laboral de 8 horas, puesto que trabajan a un valor muy superior del 40% (>90%) con relación a una persona sedentaria, por lo que realizan mucho menos trabajo a un mayor esfuerzo.

4º Capacidad funcional / energética submáxima

Conclusión: Teniendo en cuenta que este umbral es el punto de partida de la fatiga con duraciones superiores a 20 minutos. En este paciente, el valor de VO2 correspondiente a este umbral, refleja que las actividades habituales en la vida diaria y laboral, que se pueden realizar a las frecuencias cardíacas indicadas, generan fatiga en este paciente si se sobrepasan las mismas.

Conclusión final:

La paciente.... Presenta:

A) Una clasificación de EM/SFC con relación a la valoración funcional de grado II SFC/ sobre IV

B) Sí muestra limitación para mantener jornadas laborales de 8 horas a intensidades superiores a las consideradas livianas.”

19.- Informe del Servicio de Reumatología del H.
de 19 de septiembre de 2014:

“Valorada posteriormente por Reumatólogo de sociedad privada por cuadro de artromialgias afectando también a hombros, muñecas y raquis en los tres tramos, con diagnóstico de Fibromialgia...

... astenia significativa desde hace un año. Sensación distérmica, objetivando febrícula; faringoamigdalitis frecuentes.

Juicio clínico:

Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)

Condropatía rotuliana”

20.- Informe del Hospital

de 23 de septiembre de 2014:

“Motivo de ingreso: Anquilosis temporomandibular recidivante

Exploración complementaria

RMN: **Luxación anterior del menisco izquierdo, sin recapturación en las imágenes con boca abierta.**

Cambios degenerativos en ATM izquierda.

Intervención quirúrgica:

*Se practica BAG, artroscopia izquierda objetivando anteroposición de disco articular (roofing 60%), con alto grado de condromalacia y medial y posterior grado II. Se produce extravasación de suero de lavado. Se practica triangulación, procedimiento a corte bipolar y mecánico del disco del disco a su banda anterior y medial, y coagulación sinovial superficial de la banda posterior... **Artrocentesis derecha, en la que no se aprecia obstrucción mecánica del movimiento, aunque si salida de elementos intrarticulares (la degeneración sinvial también afecta a esta articulación). Hialuronato bilateral de rápida degradación.***

21.- Informe emitido por el Dr. [redacted] Cirujano oral y maxilofacial, de fecha 1 de octubre de 2014:

“Motivo de seguimiento y tratamiento en C. Maxilofacial: dolor facial generalizado de predominio preauricular y mandibular...”

Juicio clínico: concluimos que la paciente presenta un Sd Témporomandibular crónico de predominio derecho, incluyendo en este concepto, Sd. Miofascial cervico facial generalizado y artrosis con capsulitis de ATM bilateral. Debido a la rapidez de la evolución, no se puede descartar el establecimiento de patología autoinmune articular en un futuro.

Dicha entidad nosológica se encuentra en estado evolutivo moderado – avanzado en estos momentos, perjudicando de manera incisiva al bienestar físico y psicológico de la paciente. El curso clínico está en proceso de ser controlado, pero se muestra indefectiblemente abocado a la cronicidad, y por tanto, deberá acudir regularmente a nuestras consultas, en las que le serán indicadas ulteriores maniobras de tratamiento, tal y como ha venido siendo hasta ahora, u otras, en función de la evolución.

22.- Informe de Valoración de Deterioro y Fatiga cognitiva de fecha 4 de enero de 2015:

“Conclusiones:

Según se desprende de este estudio y a la luz de las pruebas disponibles, Doña [redacted] presenta, como efectos propios de padecer EM/SFC:

- A- **El perfil neuropsicológico cumple los criterios diagnósticos de “Trastorno cognitivo” o “Deterioro cognitivo en Múltiples Dominios”, código F06.9 CIE – 10 de la OMS.**
- B- *Tal perfil cognitivo defectuológico es coherente con el descrito como el propio de la Encefalomiелitis miálgica / Síndrome de Fatiga Crónica lo cual incluye típicamente caída de varios de los percentiles claves de rendimiento neuropsicológico bajo presión temporal y de carga de trabajo.*
- C- **Los déficits cognitivos encontrados con la carga de esfuerzo son variados y de distinta intensidad:**
 - **Fatiga cognitiva asociada temporalmente al esfuerzo mental y al esfuerzo físico, hasta llegar a sufrir bloqueos temporales.**

- Déficit notable de la memoria a corto plazo semántica y memoria de trabajo.
 - Detectable disminución de la atención – concentración.
 - Menos disminución del procesamiento de la información y aspectos verbales.
- D- El grado de fatiga cognitiva o deterioro mental asociado al tiempo y al esfuerzo, propio de la EM/SFC, es globalmente grado II de IV, o sea, grado Moderado.
- G- El trastorno y fatiga cognitiva actual globalmente interfiere con la funcionalidad de vida cotidiana y laboral, la limita objetivamente en tal grado antes detectado y puede llegar a ser incapacitante para poder cumplir sus responsabilidades y tareas ella sola en contextos ecológicamente válidos (trabajo, casa, aficiones).
- H- A nivel de pronóstico, el cuadro defectuológico cognitivo en la EM/SFC, muestra una clara tendencia a la cronificación, con posible lenta progresión en alguna función cognitiva, y con una más que probable irreversibilidad al nivel premórbido inicial. No aparece descrito en la literatura científica, medicación o programa de rehabilitación, que muestre evidencia robusta de mejoría cognitiva para EM/SFC.”

23.- Parte de Interconsulta del

de 14 de enero de 2015:

*“Observaciones: **Reactiva depresión: En tratamiento por psiquiatría privada por Sd depresivo reactivo”***

24.- Informe clínico del Servicio de Medicina Interna emitido por
de fecha 17 de enero de 2015:

“En seguimiento médico desde el pasado mes de julio de 2014, en consultas externas de Medicina Interna, por un cuadro clínico muy florido por sintomatología, con existencia de base de un desfondamiento de carácter psicofísico de años de duración, y con incremento del mismo desde hace relativamente poco tiempo.

....

*Desde el punto de vista neurocognitivo, es significativo y de interés clínico, los datos obtenidos en la prueba de imagen del SPECT CEREBRAL; en la misma, se demuestra la **existencia de un perfil de hipoperfusión cortical a nivel parietooccipital derecho posterior y temporal izquierdo, no esperable en el caso de ser mujer joven sana sin deterioro cognitivo asociado.***

... cabe destacar la presencia de un déficit o deterioro cognitivo objetivo. Deterioro real y presente a día de hoy. Queda demostrada en dicha valoración la existencia de una fatiga cognitiva asociada al esfuerzo mental y físico (que no es significativo para el individuo sano), lo que llega a producir bloqueos mentales, que en el día a día llegan a ser limitantes con la consecuente repercusión en los diferentes ámbitos de la vida de la paciente.

Igualmente queda reflejada de forma clara la pérdida notable de memoria a corto plazo, memoria del trabajo, capacidad de atención y concentración, y la menor capacidad para conseguir procesar la información inmediata recibida, junto con la limitación asociada a la hora de la expresión verbal.

Déficit que son considerados de grado moderado, y por definición limitantes para cualquier tipo de actividad laboral.

Desde el punto de vista funcional, la paciente igualmente, ha realizado una prueba de esfuerzo físico, en la que el objetivo es, determinar la capacidad energética diaria... Y los resultados fueron francamente patológicos. Esto es, **queda demostrado de forma objetiva que, no existe una capacidad energética para poder mantener una actividad diaria a ritmo acorde con la edad de la paciente (realización de actividad laboral, familiar, personal, social). Y por tanto, no existe una capacidad funcional para poder llevar a cabo una actividad laboral de 8 horas diarias.** Siendo además evidente en dicho estudio, como la capacidad de reparto de oxígeno por latido es inferior a lo que correspondería por edad.

Independientemente de los resultados del test de esfuerzo funcional, se considera que la paciente, ante tanta diversidad de sintomatología clínica, y tan pocos resultados diagnósticos que pudiesen justificar toda clínica, toma cuerpo y realidad desde el punto de vista médico, que la paciente padece, un cuadro clínico complejo definido como **SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA / ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA.**

Enfermedad encuadrada dentro de la patología neurológica de origen desconocido, con un componente de afectación inmunológica importante, por ser considerada – a su vez- como un proceso de inmunodeficiencia adquirida.

Entidad clínica, en donde se produce una alteración, sin saber la causa, que afecta al funcionamiento más fino y profundo del organismo como máquina. Se produce una disfunción a nivel del sistema neuroendocrino, neurovegetativo e inmune, tal que, el paciente pierde su propio autocontrol, apareciendo a partir de ese momento, una inmensidad de sintomatología y signos clínicos, que no tienen un tratamiento etiológico por la ausencia de origen claro y coherente. **Es en este momento cuando “empieza el calvario” para el paciente. Porque, siendo consciente de sus limitaciones, de su incapacidad psicofísica que demuestra con estudios complementarios, no es “creído” ni aceptado” por el sistema, obligándosele a mantener una actividad y ritmo que son totalmente imposibles de mantener, porque existe una enfermedad franca, limitante y crónica. No hay tratamiento etiológico ni siquiera empírico – sintomático que pueda aliviar de tanta carga y sufrimiento al paciente.**

Juicio clínico:

Cuadro clínico compatible con **SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA/ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA**, de grado leve – moderado según la última clasificación... Grado funcional II/IV según resultado del estudio realizado...

La enfermedad que padece la incapacita para poder mantener una actividad laboral acorde con la edad y formación de la paciente.

Tratamiento:

Al no existir un tratamiento curativo y eficazmente paliativo, se aconseja que paciente mantenga el aporte de suplementos vitamínicos y antioxidantes de forma crónica, y que mediante una serie de consejos y medidas higiénico paliativas, mantenga un estilo de vida a un ritmo inferior al que le correspondería por edad si fuese persona sana. Es muy importante mantener en el día a día, a modo de un ahorro de energía.

Tercero.- Respecto al RD 1971/1999, que establece los baremos relativos al reconocimiento de grado de discapacidad, no se recoge el síndrome de fatiga crónica como diagnóstico, teniendo que acudir a la valoración de las alteraciones físicas y psíquicas que puede implicar dicho síndrome que no tiene tratamiento curativo en la actualidad y sobre el que puede existir discrepancia respecto al alcance de la sintomatología que presenta la compareciente, puesto que en el dictamen técnico facultativo únicamente se hace referencia un % de discapacidad por síndrome algico.

Además la compareciente presenta otras patologías que tampoco han sido tenidas en cuenta como las disfunciones mandibulares.

La sintomatología que presenta le afecta a las actividades de la vida diaria según se acredita con los informes médicos aportados disminuyendo su capacidad para llevar una vida más autónoma, por presentar una menor relación con su entorno social, debido a los síntomas que su enfermedad le generan, imposibilidad de mantener una actividad laboral en condiciones de normalidad y manteniendo una cronicidad de sus síntomas que no tienen una remisión apreciable según se puede desprender de los informes médicos aportados, por la naturaleza de los mismos y la inexistencia de tratamiento eficaz de carácter curativo, únicamente para paliar los síntomas.

Respecto al SINDROME DE FATIGA CRÓNICA y su integración en el Baremo aplicable:

A. Valoración de discapacidad por alteración de la bipedestación y la marcha:

- **Alteración a la marcha: Tabla 3:**

“El paciente puede levantarse a la posición en bipedestación y caminar cierta distancia, con dificultad y sin ayuda, pero sólo en las superficies a nivel”.

Debido a los problemas de la limitación propia del SFC (mialgias, artralgias, contracturas musculares, dolor plantar, dificultad en recuperación postesfuerzo.....) debe considerarse una elevada puntuación en este campo: **20 %**

- **Alteración en las dos extremidades superiores: Tabla 5**

El paciente puede utilizar las dos extremidades superiores para el autocuidado, para la presión y para sujetar objetos pero tiene mayor dificultad para la destreza de los dedos.

❖ *Grado de discapacidad considerado 1 a 24 %*

Hay que considerar aquí la limitación por fatiga de las EE.SS propias del SFC, más acusada que en EE.II al tener un menor grupo muscular y el hecho de que múltiples tareas de la vida cotidiana precisan del movimiento continuado de dichas EE.SS

B. Déficit motor y pérdida de fuerza: Tabla 22.

Grado 3 (26-50 %): Movimiento activo contra gravedad con cierto grado de resistencia:

- EE.SS: pérdida de la extensión contra resistencia
- EE.II: Pérdida de la extensión contra resistencia

C: Disnea de esfuerzo (y por extensión en este caso intolerancia al esfuerzo físico):

Lo asimilaremos a la clasificación de la NYHA de la insuficiencia cardíaca: disnea de medianos esfuerzos (clase II) aunque es claramente insuficiente en el caso de la fatiga cuyo criterio mayor es una fatiga que reduzca en más del 50% la actividad física.

D. Alteración neurocognitiva: engloba dos subapartados

- **E.1. Alteración del estado mental y función integradora:** Si lo valoramos como una alteración episódica de la conciencia, vigilia, alerta o el sueño:
- **E.2. Afasia y alteración en la comunicación y el lenguaje**

La alteración se podría asimilar entre ambos.

Los síntomas pueden agudizarse en los períodos de descompensación.

Así tenemos las siguientes discapacidades para el SFC:

- **Valoración de discapacidad por alteración de la bipedestación y la marcha: en torno al 20 %.**
- **Alteración en las dos extremidades superiores: entorno al 20 %.**
- **Déficit motor y pérdida de fuerza: entorno al 30 %.**
- **Disnea de esfuerzo (y por extensión en este caso intolerancia al esfuerzo físico): entorno al 24 %**
- **Alteración neurocognitiva: entorno al 41,5 %**

Así si aplicamos los factores de conversión para combinación de discapacidades encontramos un grado de minusvalía de la paciente por el SD DE FATIGA CRONICA según el decreto ley es igual o superior **65 %**.

❖ ***El grado de discapacidad global es superior al 65 %.***

2. PATOLOGIA MEDICA:

A todo ello hay que sumar el resto de las limitaciones reconocidas como la limitación de columna, el trastorno interno de rodilla y la pérdida parcial de un órgano por tumor benigno en aparato urinario de etiología tumoral, lo que incidiría en reforzar la idea manifestada de ser acreedora a un % de discapacidad igual o superior al 65%.

Cuarto.- Que como consecuencia de los síntomas que presenta está sometida a una medicación constante con la asistencia a diferentes especialistas en las diferentes patologías que padece, con la finalidad de paliar los síntomas, lo que implica un gasto sanitario extraordinario que se ha prolongado a lo largo del tiempo.

Quinto.- De conformidad con el art. 4 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, “serán objeto de valoración tanto las limitaciones en la actividad que presente la persona, como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social”.

En este sentido debe ser tenido en cuenta que la última profesión desempeñada por la compareciente ha sido la de [redacted] y actualmente se encuentra desempleada sin prestación. Precisamente su estado de salud fue la causa de tener que renunciar a su trabajo ante las limitaciones funcionales ocasionadas por el cuadro clínico que le aqueja.

Reside con su esposo, siendo el salario de este, en su calidad de empleado fijo discontinuo, su única fuente de ingresos de la unidad familiar.

Sexto.- Que el compareciente no realiza una vida diaria normal sino que presenta **discapacidad**, en relación a la clasificación Internacional de la OMS que define la discapacidad como *“la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”* por lo que, existiría la posibilidad de optar a las múltiples prestaciones y ventajas que se reconocen a las personas que son declaradas afectas a un grado de discapacidad equivalente o superior al 65% conforme a lo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, y en base a lo preceptuado en el mismo se considera que es acreedora de un porcentaje superior al inicialmente reconocido.

La sentencia TSJ de Asturias Sala de lo Social, sec. 1ª, S 18-5-2007, nº 2204/2007, rec. 2214/2006. Pte: [redacted] se incide en el concepto de minusvalía que le imposibilitan para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para el ser humano:

“La minusvalía, en cambio, se fija en función de la discapacidad global de la persona y su incidencia personal, laboral y social: se entiende por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales (artículo 7.1 de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos).

Manifestación de la diferencia entre ellas es, además, que una y otra se determinan de forma distinta. La minusvalía mediante la aplicación de baremos donde se fijan en qué medida concreta las deficiencias permanentes de los distintos órganos, aparatos o sistemas, restringen o suprimen la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano; y también mediante la aplicación de criterios predeterminados para evaluar las circunstancias personales y sociales que pueden influir sobre la persona en sentido negativo (artículos 1, 5 e Introducción del Anexo I, del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía) “.

En virtud de lo expuesto,

SUPLICA a la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid que, tenga por presentado este escrito junto a los documentos que se acompañan, y su copia, se sirva admitirlo y tener por presentada reclamación previa a la vía jurisdiccional social, y, previos los trámites legales, dicte resolución por la que estimando la solicitud, se le reconozca el derecho a la calificación de la resolución sobre el grado de discapacidad en un porcentaje igual o superior al 65%, o subsidiariamente igual o superior al 33 %

En Madrid a 2 de febrero de 2015

Fdo.

A handwritten signature and a large, stylized initial 'Y' are present. The signature is written in black ink and appears to be 'A. P. J.'. Below it is a large, bold, handwritten letter 'Y'.