

Dictamen n.º: **281/26**
Consulta: **Consejera de Economía, Hacienda y Empleo**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.05.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 20 de mayo de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Economía, Hacienda y Empleo, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la asistencia recibida de la UPAM, tras sufrir un accidente de trabajo al movilizar a un paciente en el turno de noche de la Unidad de Traumatología del Hospital, causándole ello un daño lumbar y en el tercer dedo de la mano izquierda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen el 28 de julio de 2025 en el registro del Ayuntamiento de Tres Cantos, dirigido al SERMAS.

La reclamante indica que el 2 de enero de 2023 sufrió un accidente de trabajo durante el desempeño de su actividad profesional como técnico medio sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el Hospital--. Señala que, al movilizar a un

paciente de la Unidad de Traumatología, durante el turno de noche, sufrió daños lumbares y en el tercer dedo de la mano izquierda, que se le quedó en resorte.

Explica que acudió a la Unidad de Prestaciones Asistenciales Médicas de la Comunidad de Madrid, como mutua colaboradora de la Seguridad Social prestadora de servicios sanitarios a los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid, en ese momento, donde le dieron rehabilitación y decidieron infiltrarle, permaneciendo de baja hasta el 14 de febrero de 2023.

Posteriormente, decidió contratar un seguro privado para continuar su atención sanitaria y fue operada el 2 de octubre de 2024, teniendo otra cirugía prevista para el 16 de septiembre de 2025.

En posterior escrito de 7 de octubre de 2025, la interesada aclara que cuestionaba la actuación de una doctora de la Unidad de Prestaciones Asistenciales Médicas (UPAM) que fue quien realizó la revisión de la lesión, le prescribió el tratamiento con antiinflamatorios durante una semana y, posteriormente, la derivó a un centro médico privado, en el que se optó por aplicarle una infiltración articular en la mano izquierda, además de darle tratamiento de rehabilitación fisioterapéutica hasta el 20 de febrero de 2023.

Más tarde, como persistía el dolor, precisa que consultó con la doctora de la UPAM y la misma le indicó que no había criterio de derivación al especialista, por lo que le recomendó acudir al médico de Atención Primaria, quien le concedió una nueva incapacidad temporal hasta el 1 de junio de 2023.

Refiere que, al no mejorar su situación, por decisión personal, decidió darse de alta en un seguro privado, con el que continuó

realizando rehabilitación hasta el mes de octubre siguiente y se le llevó a cabo otra infiltración en la mano, en octubre de 2024, permaneciendo en situación de incapacidad temporal hasta el 18 de septiembre de 2025.

Indica que la intervención se realizó de manera privada y que asumió por ello un coste de 2.950€, ya que no se le informó que la doctora de la UPAM que llevaba su expediente había programado una intervención el 28 de septiembre de 2024 (aunque la documentación aportada, se refiere a 2023), y considera que su proceso se debió asumir enteramente como accidente laboral y que la facultativa no le escuchó a pesar de su insistencia en la persistencia del dolor en la articulación e impotencia funcional de su mano dominante.

Por todo ello, para la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, solicita una indemnización de 75.000 €, que no desglosa, pero manifiesta que se había calculado considerando los costes de la intervención quirúrgica y del resto de los tratamientos que le fueron dispensados de forma privada.

Junto con la reclamación se aportó el parte médico del accidente de trabajo de 3 de enero de 2023 y otro de 18 de agosto de 2024, por dolor lumbar tras levantar a otro residente; diversa documentación médica consistente en la asistencia del Servicio de Urgencias del día 2 de enero de 2023 en el y otra referida a la prestada a la reclamante en diversos centros médicos privados – informes del Hospital La Luz, la Clínica Universitaria de Navarra y los servicios de rehabilitación LASHMI y Honduras-, referidos al tratamiento de una capsulitis interfalángica del dedo medio izquierdo; la intervención quirúrgica del dedo y su seguimiento y un informe clínico del seguimiento en una clínica de fisioterapia y rehabilitación privada, de fecha 3 de enero de 2025.

No se incorporan facturas de ningún tipo de gastos asumidos por la reclamante.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, nacida en el 1970, en el 2023 trabajaba como Técnico Medio Sanitario en cuidados auxiliares de Enfermería en el Hospital -.....-.

Según consta documentado, el 2 de enero de 2023 sufrió un accidente durante el desempeño de su actividad laboral, y el informe clínico del Servicio de Urgencias del Hospital reflejó:

“EXPLORACION FISICA:

Dolor a la presión de vértebras lumbares.

Dolor a la palpación de musculatura paravertebral bilateral.

Dolor en musculatura lumbar a la extensión de tronco.

No signos de radiculopatía. Fuerza y sensibilidad conservadas en los miembros inferiores.

No alteraciones neurovasculares distales.

RX LUMBAR: Sin alteraciones osteoarticulares agudas.

Rx mano: Sin alteraciones osteoarticulares agudas.

JUICIO CLINICO: Lumbalgia postraumática. Artritis postraumática MCF 3° dedo mano izquierda.

PLAN: reposo relativo, frío local en dedo, calor local 15-20 min 3-4 veces al día, hasta alivio de los síntomas; dexketoprofeno 25 mg

cada 8h durante 1-2 semanas con las comidas. Si más dolor, paracetamol 1g alterno con dexketoprofeno cada 4 horas. Si molestias nocturnas e insomnio, diazepam 5 mg al acostarse durante 4-5 días como máximo. Ante cualquier nueva eventualidad, acuda a Urgencias presentando este informe”.

La cobertura médico asistencial de este accidente de trabajo se efectuó por la Comunidad de Madrid, a través de la UPAM, empresa colaboradora del Instituto Nacional de la Seguridad Social n.º 478 para la gestión de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Se emitió parte médico de baja por accidente de trabajo con fecha de baja de 3 de enero de 2023.

El 10 de enero de 2023 la paciente fue remitida a un centro de traumatología y rehabilitación y comenzó tratamiento de fisioterapia y rehabilitación.

Con fecha 26 de enero de 2023, se le solicitó una ecografía músculo tendinosa del tercer dedo de la mano izquierda, para descartar patología aguda y el 30 de enero se le practicó con el siguiente resultado:

“HALLAZGOS: estudio a nivel de tercer dedo mano izquierda con sonda lineal multifrecuencia, evidenciando piel y subcutáneo normales. Flexor de tercer dedo engrosado y heterogéneo a nivel de articulación interfalángica proximal. Resto de ecografía planos musculares y tendones regionales sin hallazgos patológicos. No hay masas o quistes. No hay colecciones. Nervios y vasos regionales indemnes. Corticales regionales normales.

CONCLUSION: Tendinopatía de flexor de tercer dedo”.

Para su tratamiento le pautaron 20 sesiones de fisioterapia y rehabilitación y se le prescribió una infiltración local en el tercer dedo de la mano izquierda con control ecográfico, que se practicó el 8 de febrero de 2023. Tras la infiltración se apreció movilidad prácticamente completa, sin sensación de engrosamiento, con mejoría que permitía realizar el trabajo habitual.

Se emitió alta por mejoría que permitía realizar trabajo habitual con fecha 14 de febrero de 2023.

En la fecha del alta no constaba prevista ninguna otra actuación médica por la patología derivada del accidente de trabajo, ni estaba programado ningún procedimiento quirúrgico.

Según afirma la reclamante, al no mejorar su situación, por decisión personal, decidió darse de alta en un seguro privado.

La interesada informó a la División de Colaboración con la Seguridad Social el 18 de septiembre de 2023 que había acudido a un especialista privado y que éste le requería autorización de su compañía de seguro médico para una cirugía, con juicio clínico de *“dedo en resorte grado III- IV mano izquierda, de largo tiempo de evolución”*.

El servicio médico de la División de Colaboración con la Seguridad Social le informó de que la patología alegada era crónica y, por tanto, la autorización reclamada por el hospital privado no se refería a esa división, sino a la compañía de seguro privado que ella hubiera contratado.

Con fecha 21 de agosto de 2024, la reclamante informó a la UPAM que había sufrido otro accidente de trabajo en otra empresa, sin relación con el anterior. Estuvo en situación de Incapacidad

temporal por ese otro proceso desde el 18 de agosto de 2024 hasta el 6 de septiembre de 2024.

La reclamante fue sometida a un procedimiento quirúrgico para intervenir el dedo en resorte de la mano izquierda con fecha 2 de octubre de 2024 y también realizó sesiones de rehabilitación y, manifiesta en su reclamación que, posteriormente notó un chasquido el día 25 de octubre de 2025 y que mantiene induración y adherencias en la zona intervenida, que considera que son secuelas del accidente laboral de enero de 2023.

TERCERO.- Presentada la reclamación, con carácter previo a su admisión a trámite, mediante Resolución de la jefa de la Unidad Técnica de Coordinación de la Secretaría General del SERMAS de 28 de agosto de 2025 se interesó a la reclamante la aclaración y el complemento de los términos de su reclamación, con particular referencia a la justificación de los requisitos de la responsabilidad patrimonial pretendida.

La interesada presentó escrito de subsanación y mejora de su solicitud con fecha 7 de octubre de 2025, autorizando la consulta de la historia clínica y aclarando los hechos reclamados, centrando sus reproches en la asistencia sanitaria que le fue prestada por la UPAM.

Adicionalmente, con fecha 13 de agosto de 2025, la aseguradora del SERMAS comunicó que el siniestro no se encontraba cubierto por la póliza suscrita, pues los hechos reclamados ocurrieron en la UPAM, no encontrándose dicho centro adherido a la póliza de responsabilidad civil.

A la vista de la información recopilada, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, mediante resolución de 26 de noviembre de 2025, acordó inadmitir por falta de competencia la

reclamación formulada en demanda de responsabilidad por el funcionamiento de los Servicios Sanitarios, con respecto a la asistencia dispensada por la Unidad de Prestaciones Asistenciales Médicas (UPAM), y remitir las actuaciones a la Dirección General de Función Pública de la Comunidad de Madrid, por considerarse el órgano competente.

La fundamentación de la resolución destaca que la reclamación formulada no contenía reproche alguno a la asistencia prestada a la reclamante por el SERMAS y recoge la doctrina de la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª de lo Contencioso-Administrativo, de 26 de octubre de 2011, en el recurso para la unificación de doctrina núm. 388/2009, que establece, en su fundamento séptimo “(...) *La responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria prestada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social debe ser exigida a las mismas, de forma que si se demuestra la existencia del nexo causal entre la asistencia prestada y el daño producido, y el mismo es antijurídico, de modo que el perjudicado no tiene el deber jurídico de soportarlo, la Mutua demandada debe responder por las consecuencias del daño producido haciendo frente a la indemnización que corresponda, sin que pueda condenarse por ello a la Administración competente para la vigilancia del funcionamiento del sistema sanitario (...)*”. La misma doctrina resultó igualmente aplicada, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10ª, de fecha 16 de marzo de 2015.

Recibido el expediente en el Área de Recursos y Compatibilidades de la Subdirección General de Actuaciones Jurídicas, Programación y Gestión del Conocimiento, de la Dirección General de Función Pública, de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, con fecha 4 de diciembre de 2025, se solicitó informe a la

División de Colaboración con la Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en el artículo 81.1 de la citada LPAC.

El citado informe fue emitido el 5 de diciembre de 2025, y repasa el desarrollo asistencial prestado a la paciente por parte de la UPAM y destaca que las pruebas clínicas practicadas, en especial una ecografía musculo tendinosa del tercer dedo de la mano izquierda, flexor del tercer dedo engrosado y heterogéneo a nivel de articulación interfalángica proximal, confirmó la ausencia de lesiones agudas, pese a lo cual y dadas sus características, el tendón se quedó globalmente aumentado de volumen, con una ecogenicidad heterogénea.

Para su tratamiento se programaron 20 sesiones de fisioterapia y rehabilitación y se prescribió una infiltración local en el tercer dedo de la mano izquierda, con control ecográfico, que se realizó el 8 de febrero de 2023.

Tras la infiltración se apreció movilidad prácticamente completa, sin sensación de engrosamiento, con mejoría que permitía realizar el trabajo habitual, por lo que se emitió el alta por mejoría, con fecha 14 de febrero de 2023.

Añade que, tras recibir el alta médica, la paciente no inició el *“procedimiento especial de revisión del alta médica”*, si es que discrepaba de ese criterio. La posibilidad de iniciar ese procedimiento se recoge expresamente en los partes médicos de alta, donde se informa que: *“En los casos de alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión del*

alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre”.

Por tanto, el informe indica que, si la interesada consideraba que las lesiones no estaban curadas y el alta no era correcta, podía haber formulado esa reclamación y, sin embargo, no lo hizo.

Además, se indica que la interesada tampoco se dirigió al servicio médico de esa División de Colaboración con la Seguridad Social con posterioridad a su alta, para alegar una posible recaída del mismo proceso en los términos establecidos en el artículo 169.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, lo que debería haber efectuado, si consideraba que las lesiones se habían vuelto a manifestar, acudiendo nuevamente a los servicios médicos para ser valorada de una posible recaída, lo que no hizo.

Igualmente, destaca que la interesada tampoco ha iniciado un procedimiento de valoración de posibles secuelas que hubieran podido resultar a consecuencia del accidente de trabajo del 2 de enero de 2023 y explica que las referidas “*secuelas*” son lo que el artículo 201 y siguientes del citado texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, denomina “*lesiones permanentes no incapacitantes*”, que son las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo anejo a las disposiciones de desarrollo de la ley. Estas lesiones serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que se determinan en la Orden ISM/450/2023, de 4 de mayo, por la que se

actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no incapacitantes, por la entidad que estuviera obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente, todo ello sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

Adicionalmente, el informe analiza los requisitos de la responsabilidad patrimonial pretendida y destaca que, *“el posible nexo causal entre el funcionamiento del servicio público prestado por el servicio médico de la División de Colaboración con la Seguridad Social y las lesiones que ahora alega la interesada queda roto desde el momento en que la interesada decide acudir voluntariamente a un centro sanitario privado y someterse a procedimiento quirúrgico con fecha 2 de octubre de 2024. Fue después de haberse sometido a este procedimiento cuando afirma haber notado un chasquido el 25 de octubre de 2025, y que tiene induración y adherencias en zona intervenida, por lo que las lesiones que afirma tener ahora guardan relación con dicho proceso y no con los tratamientos prescritos desde la División de Colaboración con la Seguridad Social 20 meses antes”*.

Por último, en cuanto al coste de la intervención privada, se indica que la interesada asumió voluntariamente el coste de la contratación de tales servicios, porque alternativamente podía haber acudido a los servicios médicos públicos, gratuitamente, donde hubiera recibido la asistencia sanitaria que precisara y donde, además se hubiera determinado si las lesiones que presentaba eran o no una recaída del proceso anterior, una secuela o una lesión nueva, y de ese modo orientarla en la actuación que debía seguir.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio del subdirector general de Actuaciones Jurídicas, Programación y Gestión del Conocimiento de 23 de diciembre de 2025, se dio traslado del expediente para alegaciones a la reclamante.

Según consta, el 20 de febrero de 2026 la interesada compareció en la sede de la Dirección General de la Función Pública de la Comunidad de Madrid a tomar conocimiento del expediente.

No se efectuaron alegaciones finales por parte de la reclamante.

Finalmente, con fecha 10 de abril de 2026, la directora general de Función Pública ha formulado una propuesta de resolución que desestima la reclamación, al no concurrir los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la administración madrileña.

CUARTO.- El 23 de abril de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora, en su sesión de 20 de mayo de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad

con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad de las administraciones públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria y prestacional que considera incorrecta.

La condición de empleada pública de la perjudicada no afecta a su legitimación, puesto que es criterio de esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 290/16, de 7 de julio y 391/16, de 8 de septiembre; dictamen 123/20, de 12 de mayo, y más recientemente, el 9/25, de 9 de enero y el 320/25, de 19 de junio), que *«el hecho de que el reclamante sea empleado público de la Administración frente a la que dirige su reclamación no impide que pueda ejercitar una reclamación por daños y perjuicios en los términos previstos en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC. De esta forma, la expresión “los particulares” como potenciales titulares del derecho a reclamar contenida en los artículos 106.2 de la Constitución y 139 de la LRJ-PAC, ha de ser interpretada en un sentido extensivo, incluyendo a quienes, en virtud de una situación especial de sujeción, sufren un*

daño extracontractual en el marco de su prestación de servicios profesionales...».

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende, se atribuye a la actuación médica de la Unidad de Prestaciones Asistenciales Médicas (UPAM) de la Comunidad de Madrid que, anteriormente, había sido un organismo dependiente de la Comunidad de Madrid, adscrito a la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, específicamente gestionado como entidad colaboradora para la asistencia sanitaria de sus empleados públicos y que, en el momento al que se refieren los hechos, funcionaba como una unidad administrativa dentro de la estructura de recursos humanos encargada de las contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

La reclamación también alude de forma imprecisa y acumulativa al reintegro por la sanidad madrileña de una asistencia quirúrgica privada, planteando una eventual dejación de funciones por parte del SERMAS.

En cuanto al procedimiento desarrollado y al asunto de la competencia para su tramitación y resolución, se constata que estamos ante una única reclamación que, en su esencia, cuestiona la asistencia sanitaria y prestacional recibida por la paciente, habiendo sido preliminarmente valorada por el SERMAS y, a continuación, tramitada por la Consejería Economía, Hacienda y Empleo, lo que consideramos que se acomoda a las previsiones de las SSTS 446/2026 y 453/2026, ambas de 15 de abril de 2026, dictadas en los recursos de casación, número 1595/2024 y número 793772024, respectivamente, por la Sección Quinta de la Sala Tercera, de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo.

Por lo demás, la escisión de una única reclamación formulada por un único daño, cuando se dirige contra la misma Administración por razón de la contingente distribución de competencias entre distintos órganos de la misma, no solo resultaría contraria a los principios de eficacia y economía procedimental, sino que podría dar lugar a resoluciones contradictorias y diferentes recursos en vía jurisdiccional. En este sentido, el Consejo de Estado, en su Dictamen de 24 de febrero de 2022, dice *“La invocación al tiempo de títulos jurídicos diferentes, aún sujetos a regímenes jurídicos diversos, no determina que los órganos competentes para resolver sean distintos según el alegado en cada caso. La continencia de la causa del procedimiento administrativo trasunto de la procesal- lo impide. Obliga a resolver en el mismo procedimiento todas las pretensiones deducidas por el interesado aun cuando los títulos jurídicos o causas de pedir invocados sean diferentes, siempre que no sean incompatibles entre sí. La atribución de competencias a distintos órganos ha de resolverse a favor de uno de ellos atendiendo a los principios de jerarquía o, en su defecto, al de prevalencia. En el caso presente, al estar llamados a resolver la reclamación el Consejo de Ministros y el Ministro de Sanidad según el título jurídico invocado y al no existir en el ámbito jurídico administrativo propiamente una relación jurídica de jerarquía entre ellos, debe acudir al principio de prevalencia. Implica este que quien tiene competencia para resolver la cuestión principal puede también hacerlo respecto de las accesorias y conexas, tan íntimamente vinculadas con ella, que resultan inescindibles. Esa facultad para conocer de las cuestiones conexas y accesorias se anuda a la noción de atribución de funciones, como cortejo que acompaña a la competencia principal”*.

En cuanto al resto, observamos que el procedimiento ha incorporado la documentación aportada por la reclamante y el informe preceptivo del servicio cuestionado, ex artículo 81 de la

LPAC. Adicionado todo ello se han conferido los tramites de audiencia y alegaciones a la interesada y se ha formulado una propuesta de resolución que analiza todas las cuestiones controvertidas. Por lo expuesto se considera que el procedimiento desarrollado se acomoda a las previsiones legales.

TERCERA.- Debemos efectuar un particular análisis del requisito temporal en la presente reclamación.

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En cuanto a la interpretación judicial del precepto transcrito, podemos traer a colación lo señalado en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de octubre de 2023, conforme a la cual *«la cuestión ha sido objeto de tratamiento jurisprudencial en una pluralidad de sentencias como la STS, sc. 4ª, de 26 de febrero de 2013 (rec. 367/2011) que dice “Este plazo de un año se rige por las normas generales sobre el cómputo de los plazos, iniciándose en el momento en que se pudo ejercitar la acción de responsabilidad principio de la actio nata-, momento que no es otro que aquel en el que el perjudicado tuvo conocimiento del daño. En los casos de daños como los que son objeto de consideración en el presente caso y que describe la sentencia de instancia, desde la curación de dichos daños o desde la determinación del alcance de las secuelas, (...)”.*

En este sentido, nuestra jurisprudencia, de la que son muestra entre otras muchas las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distingue entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una

lesión y en los que, por tanto, el dies a quo será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance, como ocurrió en el caso enjuiciado. Abunda en ello la STS, sec. 4ª, de 28 de junio de 2011 (rec. 6372/2009) que dice: “En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento”. Así lo hemos afirmado en sentencia del 31 de octubre de 2000. A tal efecto y como señala la sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene proclamando hasta la saciedad (sentencias de 8 de julio de 1993 , 28 de abril de 1997 , 14 de febrero y 26 de mayo de 1994 , 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001), que “el dies a quo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto” (Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad” (Sentencia de 23 de julio de 1997). Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estarse al momento en el que se concreta el

alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009 , 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 - recursos 3425/2005, 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo».

En este caso, la interesada reclama por las pretendidas carencias asistenciales del tratamiento de una lesión en un dedo de la mano izquierda, al haber sufrido un daño durante el desempeño de su actividad laboral – por tanto, calificado como accidente profesional- el día 2 de enero de 2023. Según consta, en ese momento se le diagnosticó una tendinopatía de flexor de tercer dedo, que fue tratada con 20 sesiones de fisioterapia y rehabilitación y una infiltración local, que se le practicó el 8 de febrero de 2023. Tras la infiltración, se emitió el alta por mejoría que permitía realizar trabajo habitual con fecha 14 de febrero de 2023, y no se previno ninguna otra actuación médica por la patología derivada del accidente de trabajo, lo que podría hacer pensar que la lesión estaba estabilizada.

Además, según consta acreditado, ese mismo carácter, ya “estable” de su situación médica, resulta de la respuesta que se le dio por la División de Colaboración con la Seguridad Social cuando el día 18 de septiembre de 2023, la interesada comunicó que había acudido a un especialista de un hospital privado y que éste le requería la autorización de su compañía de seguro médico para una cirugía en el dedo, por causa de una patología “de largo tiempo de evolución”. En ese momento, el referido servicio médico de la UPAM

le informó de que la patología alegada era “*crónica*”, y le aclaró que lo que le estaban solicitando era la autorización de la intervención quirúrgica por su aseguradora privada.

Consideramos, pues, ese momento, en el mes de septiembre de 2023, como *dies a quo*, a los efectos del cómputo de la prescripción analizada en este caso, pues ya entonces se le indicó a la afectada que presentaba una situación cronificada y, por tanto, entendemos que su reclamación del 28 de julio de 2025 ha sido formulada fuera del plazo legal.

Como declara la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 (recurso de casación n.º 4399/2017), “*el ‘dies a quo’ del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos (o, como en este caso, de una Mutua laboral) es el de la fecha de curación, o como aquí acontece, desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado*”. Esta Comisión Jurídica Asesora se ha hecho eco de esta jurisprudencia, entre otros muchos, en el Dictamen 464/19, de 14 de noviembre o en el 547/19, de 19 de diciembre.

Sin perjuicio de lo indicado, conviene recordar que, como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora en anteriores dictámenes (así en los dictámenes 475/24, de 30 de julio, el 259/17, de 22 de junio y 345/19, de 19 de septiembre, entre otros muchos), la responsabilidad patrimonial no puede convertirse en una vía alternativa a la de los correspondientes procedimientos de revisión de los actos administrativos tanto ante la propia Administración

como ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, ni en una fórmula indemnizatoria genérica que sortee otros medios específicamente previstos, so pena de incurrir en fraude de ley (artículo 6.4 del Código Civil). Hemos de subrayar que este criterio se recoge igualmente en la jurisprudencia; así, cabe citar la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de febrero de 2015 (recurso 299/2014) al afirmar que la acción de responsabilidad patrimonial *“no constituye ni puede sustituir los medios de impugnación establecidos en el ordenamiento jurídico y tampoco abrir una nueva vía de revisión cuando se han agotado aquellos, invocando, como se hace en este caso, vicios o motivos de ilegalidad del acto causante cuando no se trata de la impugnación del mismo sino exclusivamente de una reclamación de responsabilidad patrimonial”*.

Así pues, en cuanto esto último, como se indica en el informe de la División de Colaboración con la Seguridad Social incorporado al procedimiento, la interesada en este caso no inició el *“procedimiento especial de revisión del alta médica”*, si es que discrepaba de la concedida en febrero de 2023, en la forma que allí se indica; tampoco se dirigió al servicio médico de esa División de Colaboración con la Seguridad Social, con posterioridad a su alta, para alegar una posible recaída del mismo proceso en los términos establecidos en el artículo 169.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Finalmente, se destaca que la interesada siquiera ha iniciado un procedimiento de valoración de posibles secuelas que hubieran podido resultar a consecuencia del accidente de trabajo del 2 de enero de 2023 y explica que las referidas *“secuelas”* son lo que el artículo 201 y siguientes del citado texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, denomina *“lesiones permanentes no incapacitantes”*, que son las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, supongan una disminución o alteración de

la integridad física del trabajador y aparezcan recogidas en el baremo anejo a las disposiciones de desarrollo de la ley. Estas lesiones serán indemnizadas, por una sola vez, con las cantidades alzadas que se determinan en la Orden ISM/450/2023, de 4 de mayo, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no incapacitantes, por la entidad que estuviera obligada al pago de las prestaciones de incapacidad permanente, todo ello sin perjuicio del derecho del trabajador a continuar al servicio de la empresa.

Por otra parte, como también indica el informe aludido y resulta de aplicación al caso, en cuanto al aspecto material del cuestionamiento de la asistencia médica proporcionada por la UPAM, el posible nexo causal entre el funcionamiento del servicio público prestado por el servicio médico de la División de Colaboración con la Seguridad Social y las lesiones que ahora alega la interesada queda roto desde el momento en que la interesada decide acudir voluntariamente a un centro sanitario privado y someterse allí a un procedimiento quirúrgico con fecha 2 de octubre de 2024, sin intentar que la cirugía fuere realizada en la sanidad pública.

Supuestos como el presente, en el que el interesado acude a la sanidad privada en lugar de al sistema público de salud al que tenía derecho por estar bajo la cobertura del sistema de Seguridad Social, han sido objeto de análisis por esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en el Dictamen 420/2019, de 17 de octubre, así como por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid que, en su Dictamen 62/2015, de 18 de febrero, precisa lo siguiente: «...Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo

de tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, “confianza –como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm. 378/2008, de 25 de marzo; n.º de recurso 184/2005- que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria”. Sin embargo, en este caso no se aprecia que hubiera una actuación de dejadez o desidia de los servicios sanitarios públicos que hiciera que la reclamante tuviera que acudir a la sanidad privada para que su salud no sufriera daños».

Efectivamente, en cuanto al reintegro de gastos, al margen de los supuestos de urgencia vital previstos en el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, como se viene recordando por esta Comisión Jurídica Asesora (vgr. 457/19, de 7 de noviembre; 153/21, de 6 de abril; 238/21, de 18 de mayo; entre otros), las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal 18/22 Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 9ª, n.º de recurso: 174/2004).

De igual modo, el Dictamen del Consejo de Estado de 5 de diciembre de 2000 (exp. 3098/2000) indica que *“no procede indemnizar a la reclamante por los gastos médicos que ha realizado, fundamentalmente porque, (...), tenía cobertura sanitaria pública, de tal manera que su legítima decisión de acudir a la sanidad privada en*

modo alguno puede implicar que la Administración deba soportar los gastos por tal motivo sufragados por la interesada. Por lo demás, no consta que haya mediado urgencia vital (en cuyo caso debería haberse articulado la reclamación como un supuesto de reintegro de gastos), ni negativa injustificada al tratamiento en la sanidad pública, razón por la que la interesada debe asumir las consecuencias derivadas de su legítima decisión de acudir a la sanidad privada, pues otra solución implicaría en este caso que, a través del instituto de la responsabilidad, se estuviera incumpliendo la regulación legal relativa a los supuestos en los que, tratándose de personas con cobertura de la sanidad pública, procede abonar los gastos en la sanidad privada”.

En el supuesto analizado, no se dan los requisitos indicados y, por el contrario, estamos, ante una decisión libre y voluntaria de la paciente, que decidió continuar el seguimiento de su dolencia crónica en la sanidad privada, sin que ello justifique una legítima repetición del importe satisfecho al sistema público.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, por haber prescrito el derecho a reclamar y por no concurrir los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad de Madrid.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 20 de mayo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 281/26

Excma. Sra. Consejera de Economía, Hacienda y Empleo

C/ Ramírez de Prado, 5 Bis – 28045 Madrid