

Dictamen n.º: **443/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de julio de 2026, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por D., en reclamación de indemnización por los daños y perjuicios que atribuye a un retraso del SUMMA y la posterior asistencia en el Hospital Universitario 12 de Octubre, tras el ictus sufrido en su domicilio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 5 de enero de 2024, una abogada que dice actuar en representación de la persona indicada en el encabezamiento remite burofax al Hospital Universitario 12 de Octubre, en el que reprocha la tardanza de los servicios médicos de urgencia en acudir al domicilio del reclamante el 31 de julio de 2022 y diversas actuaciones de los facultativos y personal de enfermería del Hospital 12 de Octubre. En esa carta la abogada propone una “*solución amistosa*” en el plazo de diez días, advirtiendo, en otro caso, del inicio de “*acciones judiciales*”.

El citado escrito refiere que el interesado, el día indicado, presentó un cuadro de presión en la cabeza, sudores fríos, hormigueo en la parte

izquierda del cuerpo y emisión de líquido viscoso y blanquecino por la boca, hasta que paulatinamente se le fue paralizando la lengua hasta que perdió toda el habla. Añade que su esposa llamó a una ambulancia, sobre las 6 horas, hasta en tres ocasiones; pero la misma tardó 37 minutos en llegar. Durante su traslado al hospital, entró en coma, por lo que le ingresaron directamente en la Unidad de Reanimación durante dos días, para luego ingresar en la UCI durante una semana aproximadamente.

Continúa relatando que el 19 de septiembre de 2023, el paciente recuperó la conciencia. Durante el ingreso hospitalario, sufrió una neumonía y sepsis, que atribuye a la deficiente limpieza y poco interés en el cuidado de su marido.

En la carta remitida por la abogada se refiere también que, durante todo el ingreso, el personal sanitario insistía en la desconexión del paciente, comentando a la esposa del paciente que iba a quedar en “*estado vegetal*”. En el mes de noviembre, es trasladado al Hospital Fundación Instituto San José (FSJ), a la Unidad de paliativos, ya que su caso no era “*rehabilitable*”. Dice que su esposa se negó, pues presentaba movilidad de brazos y piernas. La junta de médicos de dicho hospital decidió no enviarle a dicha unidad, sino a rehabilitación por un plazo de 6 meses.

A continuación, se relata que el paciente llegó a dicho hospital con un botón gástrico o PEG, que debía ser cambiado a los tres meses, y no fue llamado desde el Hospital 12 de Octubre, hasta que, a los 4 meses de su colocación, un enfermero de la Fundación San José se dio cuenta de la necesidad de reemplazo y gestionó la cita con el Hospital 12 de Octubre. Reprocha también que este recambio también se hizo de forma poco profesional, ya que se lo colocaron por fuera y le produjo una peritonitis aguda, que necesitó una intervención quirúrgica urgente.

El escrito carece de determinación de la cuantía indemnizatoria, que no solicita expresamente, ni se acompaña de documentación alguna.

Requerida la abogada únicamente para subsanar la falta de representación, con fecha 2 de febrero de 2024 se aportó un poder notarial.

SEGUNDO.- Por parte de la unidad instructora del SERMAS se entendió que la carta referida, enviada por burofax, tenía el carácter de reclamación de responsabilidad patrimonial y solicitó la historia clínica e informes a los centros y servicios intervinientes.

De la historia clínica se deducen los siguientes hechos de interés:

El reclamante, nacido en 1978, presentaba como antecedentes médicos: dislipemia, pancreatitis, esteatosis hepática y abuso crónico de alcohol y cocaína.

A las 06:02 del día 31 de julio de 2022, se recibió una llamada en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias del SUMMA112 (SCU) de la esposa del reclamante que fue atendida por una médica reguladora, que recoge: *“ingesta etílica, no puede hablar, está perdiendo la conciencia, ha vomitado”*.

Con esta información, la médica propuso una Unidad de Soporte Vital Básico (ambulancia) para que con carácter de urgencia trasladara al paciente al hospital.

A las 06:27 horas se recibió una nueva llamada, esta vez atendida por un enfermero regulador, en la que se constata: *“alertante muy nerviosa, me indica que el paciente ha consumido cocaína y alcohol. Refiere que tiene pérdida de fuerza de lado derecho, bajo nivel de conciencia, balbuceo, respiración superficial”*.

Ante esta nueva información se activó una Unidad de Soporte Vital Avanzado (UVI), que a las 06:44 horas ya se encontraba atendiendo al paciente.

En la evaluación primaria presentaba una vía aérea permeable, con una ventilación eupnéica. Un relleno capilar < 2 seg.; pulso radial y piel normal. Neurológicamente, presentaba una pupila derecha reactiva y media; y pupila izquierda reactiva y media.

En la exploración secundaria, una auscultación cardíaca en la que no hay nada reseñado, pulsos periféricos lado derecho presentes (radial), en lado izquierdo presentes (radial). Resultado escala qSOFA: Negativo.

Tras la anterior valoración, el enfermo es trasladado al Hospital 12 de Octubre con bajo nivel de conciencia en un contexto de probable coma etílico. En Urgencias del hospital su mujer refiere que en la noche de ayer comienza con hemiparesia izquierda, dificultad para emitir lenguaje de forma aguda. Se le realiza exploración neurológica, que confirma coma con GCS de 5 con pupilas isocóricas y normorreactivas y deciden hacer un TAC craneal.

El análisis de drogas da positivo en cocaína. Se decide ingreso en UCI.

El resultado del TAC constata la existencia de un hematoma de 33 x 13 x 18 mm centrado en la protuberancia que se extiende lateralmente hacia el pedúnculo cerebeloso medio derecho y condiciona discreto efecto de masa, con obliteración parcial del IV ventrículo sin hidrocefalia obstructiva supratentorial, cocaína positiva como posible desencadenante. Se informa a familiares del mal pronóstico a corto plazo y las posibilidades de secuelas neurológicas irreversibles.

El 3 de agosto de 2022 se repite el TAC craneal, que no muestra nuevos hallazgos.

Seis días después del ingreso se realiza traqueotomía percutánea, se mantiene la antibioterapia y, dada la estabilidad clínica y analítica, se decide alta a Unidad de ICTUS. Se evalúa en sesión clínica, y deciden que no consideran que sea subsidiario de nuevo ingreso en UCI, por futilidad.

Desde la salida de la UCI, el paciente permanece con cánula de traqueotomía, oxigenoterapia por la cánula, sondaje vesical y sonda nasogástrica. A los 2 días de la estancia en planta, se retiró la sonda nasogástrica (por vómitos, y posteriormente, Síndrome de Ogilvie). Durante su ingreso, el paciente presenta mejoría progresiva de la situación neurológica consiguiendo mantener nivel de conciencia alerta, entendiendo preguntas y con respuestas motoras mínimas, por lo que es posible la comunicación mediante movimientos cefálicos y con parpadeo, siendo esta inconsistente.

- Neumonía de mecanismo broncoaspirativo, tratada con Piperacilina/tazobactam durante 14 días.

- Síndrome de Ogilvie, con dilatación de asas de colon en radiografías de abdomen, sin obstrucción intestinal, debido en bolsa de sonda nasogástrica.

- Tromboflebitis en miembro superior izquierdo y bacteriemia por *Staphylococcus epidermidis* OxaR, asociada a catéter (PICC, que se retiró) por el que se administraba nutrición parenteral). Se observó trombosis extensa en vena braquial hasta vena yugular izquierda en TAC de tórax solicitado por sospecha de TEP ante deterioro respiratorio agudo con taquipnea, hallazgo de s1Q2T3 en ECG, y alta sospecha de

trombosis en miembro superior izquierdo que pudiera haber progresado. Tratamiento con Daptomicina.

- Infección urinaria asociada a sondaje vesical por *Enterobacter cloacae* MR (OXA 48, AMpC). Se recambió sonda vesical y se trató con ceftazidima/avibactam 14 días.

- Segundo episodio de neumonía de presunta etiología broncoaspirativa, sin aislarse microorganismos patógenos en secreciones bronquiales. En cualquier caso, tratada con Ceftazidima/avibactam 14 días y moxifloxacino. Ha precisado aspiración diaria de secreciones por traqueostomía.

El paciente es considerado no candidato de RCP ni medidas invasivas, si bien su esposa manifiesta querer mantener tratamiento activo de la situación neurológica del paciente.

Teniendo en cuenta las respuestas del paciente a los estímulos y a los EEGs realizados, que muestran actividad eléctrica normal, se valora posible Síndrome de Cautiverio plus.

El 19 de septiembre de 2022 es ingresado en el centro socio sanitario Fundación Instituto San José para el programa de Daño Cerebral Sobrevenido, con el diagnóstico principal de hematoma protuberancial bilateral y Síndrome de cautiverio plus. Es valorado por el médico rehabilitador, que pautó tratamiento en sala de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia

El 14 de noviembre de 2022, en el Hospital 12 de Octubre, se coloca PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) sin complicación alguna e inicio de alimentación por PEG con buena tolerancia. Se procede nuevamente a traslado a hospital San José.

El 2 de marzo de 2023 acude a consultas de enfermería de gastrostomía y realizan un recambio, sin registrarse incidencias en ese momento. Horas después es remitido a Urgencias nuevamente desde la Fundación San José, donde está internado, por dolor abdominal intenso al pasar la nutrición enteral y pico de 37,7°C.

En Urgencias se objetiva mala colocación de la sonda de gastrostomía, estando el extremo libre en cavidad abdominal, por lo que se decide cirugía urgente, con buena evolución.

El 25 de mayo de 2023 concluye rehabilitación en la Fundación Instituto San José. La situación al alta del paciente es: dependiente para la realización de todas las actividades básicas de la vida diaria (aseo personal, comer, vestido, uso de wc, transferencias, deambulación, salvar escaleras, incontinencia doble) y de las actividades instrumentales (manejo del teléfono, dinero, transporte, tareas domésticas, etc.). Desde el punto de vista cognitivo se mantiene alerta y reactivo. Conoce a familiares y personal. Capaz de comprender y responder a preguntas sencillas.

El paciente precisa silla de ruedas basculante, con cojín de respaldo para control de tronco, control cefálico, cojín antiescaras, reposapiés y reposabrazos regulables.

El 21 de junio 2023 es valorado en consulta de Neurología del Hospital 12 de Octubre, haciéndose constar: *“El paciente es dependiente para todo, pero mantiene buen nivel de conciencia, entiende todo lo que se le dice, emite lenguaje (escasamente comprensible, pero coherente y es capaz de levantar contra gravedad los brazos y piernas, pero no es capaz de caminar ni alcanzar bipedestación. Solo a veces ayuda en las transferencias. A veces comportamiento agresivo, duerme bien por las noches. Se queja de diplopía y que no oye por el OI. No*

refiere dolor en extremidades, pero el paciente dice que tiene hormigueo en las manos”.

TERCERO.- Una vez incoado el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), se han incorporado los siguientes informes de las unidades y servicios intervinientes:

Informe del director médico del SUMMA, fechado el 13 de febrero de 2024, en el que, tras recoger los antecedentes de la asistencia prestada por ese servicio, refiere: *“hemos constatado que el tiempo transcurrido desde la primera llamada recibida en el SCU y la llegada de la ambulancia al lugar transcurrieron 45 minutos, tiempo este que se encuentra dentro de los 30+/-15 minutos, establecidos como respuesta media de respuesta para los incidentes clasificados con prioridad 1 o urgencias no demorables en los diferentes servicios de urgencias extrahospitalarios nacionales”.*

Informe del Servicio de Medicina Intensiva, en el que explica la asistencia prestada por ese servicio y analiza la adecuación del tratamiento de soporte vital tomadas en el caso del reclamante.

Informe del Servicio de Neurología, fechado el 15 de febrero de 2024, en el que, tras resumir la asistencia prestada y la evolución, se concluye:

1.- Se trata de un paciente con severísimas secuelas de un hematoma extenso en tronco cerebral que generó un estado de alteración de nivel de conciencia severo y tetraparesia severa con afectación de musculatura facial, ocular y axial.

2.- Este perfil de pacientes suele presentar muy mal pronóstico con mortalidad superior al 60% de los casos debido a las múltiples

complicaciones que suelen presentar debido a su estado de postración y secuelas. Los pacientes que sobreviven a la fase aguda suelen quedar con severas secuelas y una muy pobre calidad de vida.

3.- Las complicaciones que presentó el paciente son las habituales y esperables en un paciente de estas características. En todo caso, fueron identificadas adecuadamente, tratadas oportunamente y superadas sin mayores consecuencias.

4.- Se puede concluir que en todo momento se actuó según *lex artis* ad hoc tanto en la identificación inicial, el manejo en UCI y el control posterior en planta de hospitalización. Fruto de la misma es la estabilización del paciente en una situación crítica en la que existe un 60% de mortalidad y el control de las complicaciones posterior en tiempo y forma.

Informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, en el que analiza la asistencia a prestada por ese servicio, negando que existiera peritonitis en marzo de 2023, detallando que la mala colocación de la sonda precisó una recolocación urgente el 3 de marzo de 2023, pero sin que existiese signo alguno de tal peritonitis.

Informe de Enfermería, en el que se precisa que se le realizaron todos los cuidados indicados a pacientes con traqueostomía como son la aspiración de secreciones, limpieza de cánulas y cambios posturales, siguiéndose los protocolos de limpieza.

Se ha incorporado también al expediente el informe de la Inspección Médica, de fecha 24 de noviembre de 2025, en el que, tras resumir la historia clínica y reseñar los informes emitidos, se exponen los factores de riesgo de la hemorragia cerebral, precisando: “*La cocaína aumenta significativamente el riesgo de hemorragia cerebral, incluyendo hemorragia intracerebral (ICH) y hemorragia subaracnoidea*

(SAH). Este efecto se debe principalmente a sus potentes acciones simpaticomiméticas, que provocan picos hipertensivos agudos, vasoconstricción cerebral y disfunción endotelial, favoreciendo la ruptura vascular y el sangrado cerebral.

En pacientes con hemorragia cerebral asociada a cocaína, se observa mayor frecuencia de localización subcortical, mayor incidencia de hemorragia intraventricular y peor pronóstico funcional y vital en comparación con hemorragias espontáneas no relacionadas con cocaína. Además, la cocaína se asocia con mayor riesgo de vasoespasma y complicaciones neurológicas en el contexto de hemorragia subaracnoidea aneurismática, lo que contribuye a desenlaces desfavorables y mayor mortalidad”.

Tras ese análisis la inspectora medica concluye señalando que la asistencia prestada fue acorde a la *lex artis*.

Con fecha 24 de abril de 2026, la abogada del reclamante formula lo que denomina “*queja formal por responsabilidad civil*”, en la que reprocha una demora de 37 minutos en acudir los servicios médicos y lo que considera diversas actuaciones contrarias a la mala praxis. El escrito carece de suplico alguno limitándose a concluir que el reclamante tiene una discapacidad del 96% por lo que califica de “*mala atención y gestión sanitaria*”.

Otorgado trámite de audiencia, la abogada del reclamante presenta nuevo escrito, en el que reprocha un retraso en la asistencia del SUMMA, al demorarse 37 minutos en acudir al domicilio desde la llamada, la deficiente atención y control de cuidados, y la “*incorrecta gestión de la gastrostomía PEG*”. El escrito continúa señalando que “*aunque la hemorragia cerebral inicial presentara mal pronóstico, ello no permite afirmar que, las infecciones, la trombosis, la sepsis, la peritonitis ni las complicaciones derivadas de dispositivos invasivos, resultaran inevitables o ajenas al funcionamiento sanitario*”. Por último, las

alegaciones finales muestran su disconformidad con el informe de la Inspección Médica, solicitan una pericial independiente y, finalmente, la estimación de la reclamación.

El expediente remitido concluye con una propuesta de resolución, fechada el 9 de junio de 2026, en la que la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS concluye considerando la procedencia de la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 17 de junio 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 reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 15 de julio de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según 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, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

El reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), en cuanto al daño alegado por la atención sanitaria que le fue prestada como consecuencia de la hemorragia cerebral por el sufrida.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada por el SUMMA y el Hospital Universitario 12 de Octubre, ambos dependientes del SERMAS.

Respecto al procedimiento seguido, debemos significar que, si bien el escrito inicial no era calificado como reclamación de responsabilidad patrimonial, y carecía de los elementos previstos en el artículo 66 de la LPAC, no se requirió la necesaria subsanación, salvo para exigir la acreditación de la representación. Pese a las deficiencias que presentaba la carta remitida por burofax por una abogada, en tanto la misma ha sido tramitada como reclamación de responsabilidad patrimonial, no procede en este momento la retroacción del procedimiento.

Se ha procedido a solicitar los informes preceptivos conforme a lo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, los servicios cuya actuación es objeto de reproche y a la Inspección Sanitaria. También se ha

incorporado al procedimiento la historia clínica obrante en el SERMAS, tras lo cual se ha dado audiencia a la interesada.

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

TERCERA.- Especial análisis requiere el cumplimiento del plazo para reclamar que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, prescribe en el transcurso de un año a contar desde el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación de las secuelas.

A este respecto, debe traerse a colación la distinción recogida por nuestra jurisprudencia sobre daños permanentes y daños continuados. En ese sentido, las sentencias del Tribunal Supremo de 11 de junio de 2012, (recurso de casación 2643/2010), y de 18 de enero de 2018, (recurso de casación 4224/2002), al declararse en ésta última que:

«Y es que existen determinadas enfermedades en las que no es posible una curación propiamente dicha, pues la salud queda quebrantada de forma irreversible, supuestos en que entra en juego la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse, siguiendo el principio de la actio nata, desde la determinación del alcance de las secuelas, aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto que el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación, y por tanto, cuantificable.

También es evidente que surgen casos en la realidad sanitaria en que ni existe auténtica curación ni la posibilidad de determinación del alcance de las secuelas; y ello bien porque la propia naturaleza de la enfermedad no permita prever la posible evolución de las

mismas, bien porque en el devenir de su desarrollo se produzcan secuelas imprevistas y no determinadas, en cuyos supuestos este Tribunal ha venido aceptando la posibilidad de la existencia de una temporánea reclamación a pesar de haberse producido la misma fuera del periodo del año desde que inicialmente se produjo el diagnóstico en atención a esa imposibilidad de determinación concreta en toda su extensión del daño sufrido. Es el supuesto de enfermedades de evolución imprevisible como son las derivadas del contagio de la hepatitis C o del SIDA o aquellos otros ocasionales casos en que la enfermedad inicialmente diagnosticada se traduce en unas secuelas de imposible predeterminación en su origen. 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 2.000. 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)».

En definitiva, como dice la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de fecha 15 de junio de 2024, (recurso 913/2022) *«en definitiva, como los daños permanentes se producen cuando acontece el acto generador de los mismos, permaneciendo inalterable y estable en el tiempo el resultado lesivo, el "dies a quo" del plazo de prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial coincide con la fecha de aquél. Y en los daños continuados el plazo para reclamar empezará a contarse desde el día en que cesan los efectos del quebranto, o desde que tales efectos se conozcan definitivamente»*.

Es preciso tener en cuenta a este respecto que determinadas enfermedades precisan cuidados sanitarios de por vida, tendentes a evitar un empeoramiento o ralentizar la progresión de sus efectos, o bien dirigidos a procurar una mejora de la calidad de vida, pero sin que el diagnóstico principal varíe de manera relevante. Así, esas atenciones médicas o de índole sociosanitaria no enervan la prescripción ni pueden implicar dejar indefinido el plazo de prescripción.

En ese sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de junio de 2011, (recurso de casación 6372/2009), declara: *“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”*. Y el mismo Tribunal Supremo, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2012, (recurso de casación 608/2010), *"los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulteriores complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad, no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela consisten"*.

En el caso que nos ocupa, ya el 31 de julio de 2022, día del ingreso en Urgencias, la esposa del reclamante fue informada del mal pronóstico y de las secuelas neurológica irreversibles, en caso de

sobrevivir al accidente cerebrovascular. Posteriormente, tras ser estabilizado y recibir rehabilitación neurológica en el Hospital 12 de Octubre, es dado de alta el 19 de septiembre de 2022, siendo traslado a un centro socio sanitario, Fundación Instituto San José, para el programa concertado con el SERMAS para enfermos con daño cerebral crónico. Como se recoge en la documentación aportada por el centro sociosanitario concertado, el plan de trabajo fue logopedia, fisioterapia y terapia ocupacional.

Por tanto, al alta hospitalaria, el 19 de septiembre de 2022, estaba perfectamente determinado el diagnóstico de hematoma en tronco cerebral con severas secuelas crónicas determinantes de la gran dependencia que sufre el reclamante y por las que reclama.

Así, no siendo hasta el 7 de enero de 2024 cuando tuvo entrada en el Registro de la Comunidad de Madrid la carta a la que el instructor le atribuyó naturaleza de reclamación de responsabilidad patrimonial, la acción para reclamar por el daño cerebral crónico que padece el reclamante estaría prescrita.

No obstante la prescripción que apreciamos, procederemos a analizar la concurrencia de los elementos materiales de la responsabilidad patrimonial.

Por otra parte, en tanto también se infiere del escrito inicial del reclamante el haber sufrido, en marzo de 2023, una peritonitis motivada, según considera, por un retraso en la sustitución del PEG, debemos analizar la procedencia de esa reclamación por ese daño, que sí estaría en plazo.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del

funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4.^a) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo*

razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes - fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados».

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

SEXTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, es preciso determinar si existe un daño efectivo como presupuesto necesario para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial.

Si bien el escrito que ha dado iniciado a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial adolece, como ya hemos expuesto, de falta de concreción y de ausencia de toda prueba sobre los elementos propios de la responsabilidad patrimonial, se deduce del mismo y de las alegaciones finales que se reclama por el daño cerebral crónico que padece el reclamante y la situación de dependencia que presenta.

Así, de los escritos presentados por la abogada del reclamante parece intuirse que, a su juicio, las secuelas de la hemorragia cerebral sufrida podían ser menores de haberse prestado la asistencia por el SUMMA 112 con mayor celeridad. En ese sentido, en las alegaciones vertidas en el trámite de audiencia refiere que se demoró la asistencia aproximadamente 37 minutos, y que dicha demora *“resulta especialmente relevante tratándose de una emergencia neurológica, tiempo dependiente, donde la rapidez diagnóstica y terapéutica condiciona directamente el pronóstico vital y funcional”*.

Estaríamos, por tanto, ante una pérdida de oportunidad de un mejor pronóstico, sin perjuicio de que, como afirma también la abogada del reclamante en su escrito último, *“la hemorragia cerebral inicial presentara mal pronóstico”*.

En relación con ese reproche en el transporte sanitario urgente, ciertamente hay que atender a los estándares medios u ordinarios de atención, en tanto no siempre es posible una asistencia inmediata por la lógica limitación de efectivos materiales y humanos. A este respecto, como recoge la directora médica del SUMMA y la inspectora médica, el tiempo de respuesta es de 30 minutos con un margen de más menos 15 minutos.

En el caso que nos ocupa, el reclamante afirma que, desde la primera llamada pasaron 37 minutos. En efecto, según los datos obrantes en el SUMMA, la esposa avisó a los servicios de Urgencia a las 6:02 por signos de intoxicación etílica y, a las 6:27, tras el agravamiento de los síntomas, se produce una nueva llamada, constando que a las 6:44 la médica de la UVI móvil ya estaba atendiendo al paciente, lo que evidencia que llegó pocos minutos después de esa segunda llamada. Cabe, por tanto, dar por cierto que el tiempo de respuesta total fue de 37 minutos, tiempo que, sin ser

optimo, entra dentro del margen admisible de respuesta, que se sitúa en 45 minutos.

En todo caso, aun excluyendo, según lo expuesto, un déficit en el servicio sanitario de urgencias, es lo cierto que existen datos que permiten considerar muy remota la posibilidad de que un adelanto en algunos minutos de la asistencia hubiera evitado la gravedad de la hemorragia cerebral sufrida y sus secuelas, como viene a reconocer la abogada de la reclamante al admitir su mal pronóstico.

Así, los signos de ictus hemorrágico ya se mostraron horas antes de la llamada realizada al SUMMA112, dado que, como consta en la historia clínica, su mujer refiere en Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, que *“en la noche de ayer comienza con hemiparesia izquierda, dificultad para emitir lenguaje de forma aguda”*. Ciertamente, el consumo de alcohol y de cocaína del reclamante pudieron confundir a su esposa ante esos síntomas, pero muestran que la hemorragia cerebral fue de horas de evolución.

Asimismo, el mal pronóstico, admitido por el propio reclamante, también se recoge en el informe de la Inspección Médica, pues señala que *“en pacientes con hemorragia cerebral asociada a cocaína, se observa mayor frecuencia de localización subcortical, mayor incidencia de hemorragia intraventricular y peor pronóstico funcional y vital en comparación con hemorragias espontáneas no relacionadas con cocaína. Además, la cocaína se asocia con mayor riesgo de vasoespasmo y complicaciones neurológicas en el contexto de hemorragia subaracnoidea aneurismática, lo que contribuye a desenlaces desfavorables y mayor mortalidad”*.

De lo expuesto cabe inferir que la hemorragia cerebral y sus secuelas no son sino el resultado de los hábitos tóxicos del propio reclamante, sin que en ello haya incidido la alegada demora de los

servicios sanitarios de transporte urgente, que acudió dentro de los márgenes admitidos.

Al margen del reproche a la asistencia del SUMMA, la abogada del reclamante también hacer referencias genéricas a deficiencias de los servicios sanitarios, que llevaron determinadas complicaciones como infecciones y broncoaspiraciones. La falta de concreción e informes periciales por parte del reclamante y la ausencia de todo análisis sobre ello por parte de la inspectora médica nos impide valorar adecuadamente si esas incidencias durante el ingreso hospitalario pudieron verse influidas por defectos en el servicio o son complicaciones inherentes al estado neurológico del reclamante. En todo caso, es lo cierto que todas las complicaciones surgidas se trataron y resolvieron por los servicios facultativos, y carecieron de toda incidencia en el estado y evolución del daño cerebral de paciente, cuya situación crítica al ingreso fue estabilizada pese al porcentaje cifrado en un 60% de mortalidad.

Por último, debemos hacer referencia al reproche relativo al retraso en la colocación del PEG que, según afirma la abogada del reclamante, causó una peritonitis. Sobre este punto, el informe del servicio interviniente aclara que no existió peritonitis, sino una mal colocación del dispositivo, que requirió una nueva colocación urgente. En todo caso, aun cuando no existe informe alguno que permita analizar si la mala colocación fue fruto o no de una actuación inadecuada, es lo cierto que ello no ha tenido incidencia alguna en el estado del reclamante ni sus secuelas neurológicas, siendo colocada la sonda de manera inmediata sin complicación alguna.

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

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial por estar prescrito el derecho a reclamar y, en todo caso, no existir daño antijurídico atribuible a los servicios sanitarios públicos.

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 15 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 443/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid