

Dictamen n.º: **419/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.09.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 3 de septiembre de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., D. y D., por el fallecimiento de Dña., que atribuyen al retraso en la asistencia sanitaria dispensada por el SUMMA 112.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 3 de julio de 2023 las personas citadas en el encabezamiento, representadas por un abogado, presentan en el Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por el fallecimiento de su familiar.

Exponen en la reclamación, que la madre de los reclamantes tenía 66 años de edad y había sido intervenida en dos ocasiones por trombosis de vena safena derecha, y desde entonces, tenía problemas de tromboflebitis de repetición, controlada con medicación analgésica y antitrombótica y con seguimiento en Angiología. También padecía

tumefacción en miembro inferior derecho y eventualmente fiebre, con riesgo intermedio de trombosis.

Relatan que, el 29 de marzo de 2019, la paciente acudió a Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda derivada por su médico de Atención Primaria por tumefacción en miembros inferiores, y se estableció el juicio clínico de trombosis superficial, la ecografía Doppler de miembro inferior derecho informó de trombosis de vena safena derecha y se pautó enoxaparina, ibuprofeno y omeprazol; el 16 de julio de 2021, acudió nuevamente a Urgencias por tumefacción en miembros inferiores, el juicio clínico fue de tromboflebitis superficial y tras la exploración física y ecografía realizada se estableció un riesgo intermedio de enfermedad tromboembólica venosa; el 3 de diciembre de 2021, fue derivada a consultas de anestesia para ablación térmica de la safena interna y el 29 de marzo de 2022, acudió a sesión de escleroterapia ecoguiada de varices de muslo con espuma, circunstancias que evidenciaban, según los reclamantes, que padecía problemas de coagulación y desarrollaba situaciones peligrosas de trombosis.

Indican que, en julio de 2022 dio positivo para Helicobacter Pylori y se le pautó Pylera pero dicho tratamiento, según los reclamantes, presenta efectos secundarios muy desagradables y fue muy duro para la paciente.

Destacan que, el 25 de agosto de 2022, la madre de los reclamantes, encontrándose asintomática al despertar, perdió el conocimiento en su casa, estando en compañía de su madre que fue la que llamó a una ambulancia que tardó en llegar más de 47 minutos a pesar de que los vecinos y los hijos hicieron varias llamadas.

Precisan que las llamadas se realizaron a las 11:06, 11:33, 11:36 y 11:46 horas y la ambulancia llegó al domicilio a las 11:53 horas, por lo que afirman hubo un retraso de tres cuartos de hora.

Refieren que a la llegada del SUMMA la paciente se encontraba en asistolia y le realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, durante el traslado, le administraron 3 mg de adrenalina por bradicardia progresiva y actividad eléctrica sin pulso, e ingresó en el centro hospitalario con vida, pero con un daño cerebral irreversible, por lo que el equipo médico decidió interrumpir el soporte vital falleciendo el 30 de agosto de 2022.

Consideran que el fallecimiento de su familiar trae causa del retraso de la ambulancia en llegar al domicilio.

Solicitan una indemnización de 150.000 euros por pérdida de oportunidad y el daño moral de los tres reclamantes.

La reclamación se acompaña de dos escrituras de apoderamiento, dos libros de familia, un informe de la enfermera jefe del Servicio de Atención al Paciente del SUMMA 112 de 29 de noviembre de 2022 y diversa documentación médica.

Según dicho informe: *“se ha accedido al archivo informático donde consta que el día 25 de agosto de 2022 a las 11:06 horas, se recibió una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias Médicas a través de la Central de Llamadas Madrid 112, solicitando asistencia sanitaria por “no emite respuestas verbales, tumbada sobre la mesa con bajo nivel de consciencia, no moviliza extremidades, ha estado tomando tratamiento antibiótico para helicobacter estos días”, reiterando las llamadas a las 11:33, 11:36 y 11:46 horas, ante lo cual se movilizó una UVI Móvil que acudió a la calle de la localidad de Las Rozas de Madrid, llegando al domicilio a las 11:53 horas, saliendo del domicilio a las 12:36 horas, tras maniobras RCP y trasladando a la paciente al Hospital Puerta de Hierro Majadahonda con llegada a las 12:50 horas”.*

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

La paciente, de 66 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de varices en miembros inferiores de años de evolución, con episodios de tromboflebitis en miembro inferior derecho con afectación de la vena safena que precisó anticoagulación por riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, intervenida de varices y en tratamiento con Pylera por presentar test del aliento positivo para *Helicobacter Pilory*, el 25 de agosto de 2022, a las 11:04 horas, la alertante, madre de la paciente, llama al SUMMA 112 y comunica que su hija esta con malestar general, que está muy mal y no puede hablar y el médico le informa que va a ir una ambulancia para llevarla al hospital. Se activa una ambulancia.

A las 11:32 horas, la alertante reitera la llamada, informa que su hija está apoyada en una mesa, respira muy poco, mueve algo la cabeza y no ha llegado la ambulancia.

A las 11:35 el alertante reclama que no ha llegado la ambulancia.

A las 11:58 horas llega una UVI al domicilio. A su llegada encuentran a la paciente inconsciente, en apnea, sin pulso central y cianosis perioral. Ritmo de entrada en asistolia. Se inicia RCP avanzada, tras 7 minutos recobra pulso central.

Durante el traslado presenta 3 paradas cardiorrespiratorias por actividad eléctrica sin pulso, con buena respuesta a la adrenalina y perfusión con noradrenalina.

Ingresa en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda conectada a ventilación mecánica, con pupilas medias y arreactivas. Impulso respiratorio espontáneo. Glasgow 3. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 100 latidos por minuto. Bloqueo

de rama derecha del haz de His. Como causa de la parada cardiorrespiratoria se identifica un embolismo pulmonar masivo bilateral, en el contexto de una trombosis venosa profunda bilateral. En box vital se canaliza catéter venoso central y se administra tratamiento fibrinolítico y anticoagulante ante la importante inestabilidad hemodinámica, para posteriormente realizar angioTAC de arterias pulmonares, que confirma los hallazgos de tromboembolismo pulmonar masivo. Se realiza tromboaspiración y administración in situ de Urokinasa. A pesar de procedimiento exitoso, la paciente presenta una mala evolución clínica desde un punto de vista neurológico con disfunción cerebral de intensidad severa.

Fallece el 30 de agosto de 2022.

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició un 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).

Consta en el expediente examinado, la historia clínica de la paciente del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y del Centro de Salud Las Rozas.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, figura en el expediente el informe del SUMMA 112 de 7 de agosto de 2023 que expresa: *«El día 25 de agosto de 2022, a las 11:09 horas se recibió una llamada en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias del SUMMA 112 que fue atendida por una médica reguladora que en la información clínica recogió:*

“tiene 66 años, ella ha terminado un tratamiento, el lunes, pero claro se encuentra mal, está muy mal”.

Con esta información, la médica propuso una Unidad de Soporte Vital Básico, para trasladar a la paciente al hospital.

La siguiente comunicación se produce a las 11:33 horas, que es atendida por un enfermero regulador, recogiendo: “está apoyada sobre una mesa, respira muy poco, y no responde”.

Equivocadamente, la comunicación del alertante con el enfermero regulador, se termina, al creer que el recurso propuesto ya había llegado al domicilio.

A las 11:35 horas, vuelven a comunicar con el SCU, y en esta ocasión informan a la enfermera que atiende la llamada: “la paciente está con una respiración escasa, aparentemente está consciente, mira, pero no responde, tiene los ojos abiertos, pero no es capaz de responder”.

En esta ocasión se anula la ambulancia propuesta inicialmente, y se activa a la Unidad de Soporte Vital Avanzado (UVI 17) con base en el Parque de Bomberos de Las Rozas, que en 11 minutos se encontraba ya en domicilio, asistiendo a la paciente.

A las 11.49 horas, según los registros informáticos, aunque sin constancia en audio, en una rellamada, previa a la llegada de la UVI al domicilio, parece que se confirma que la paciente se encuentra en PCR iniciándose, por parte de un médico regulador, las indicaciones de reanimación cardiopulmonar telefónica.

Como se puede observar en los informes clínicos del equipo de la UVI, a la llegada se encuentra una paciente: inconsciente, apnea sin pulso central y cianosis perioral. En una paciente con antecedentes de tromboflebitis, en tratamiento antibiótico por helicobacter pylori. Paciente en PCR. Se está realizando RCP telefónica por un familiar. A nuestra llegada ritmo de entrada en asistolia. Se inicia RCP avanzada.

Tras 7 min. de RCP avanzada recobra pulso central hasta llegada al hospital presenta 3 PCR por actividad eléctrica sin pulso con buena respuesta a la adrenalina se inicia perfusión noradrenalina.

Finalmente, la paciente es trasladada al hospital con vida, con preaviso de parada recuperada y sospecha de tromboembolismo pulmonar».

Se acompaña el informe clínico de la asistencia dispensada y transcripción de llamadas.

El 14 de marzo de 2024, los reclamantes solicitan copia de todo lo actuado en el procedimiento.

El 16 de abril de 2024, la Inspección Sanitaria analiza los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, realiza las correspondientes consideraciones médicas y formula la siguiente conclusión:

“A la vista de lo expuesto anteriormente, y, según la bibliografía consultada, se concluye que: se superó el tiempo de espera de la ambulancia (según Expediente SUMMA PA/SE/2022) debe ser inferior a 30 minutos y, por lo tanto, la actuación sanitaria no fue correcta ya que existió demora en la llegada de la asistencia sanitaria”.

Mediante oficio de la jefa de la Unidad Técnica de Responsabilidad Patrimonial de 19 de mayo de 2024, se remite a los reclamantes el expediente administrativo tramitado hasta la fecha.

El 26 de julio de 2024, el SUMMA 112 informa:

“Revisada la ficha de la asistencia del día 25/08/2022, los datos solicitados son:

1) *Soporte vital básico:*

a) *Hora de activación: 11:09 horas*

b) *Hora de desactivación: 11:43 horas*

2) *Soporte vital avanzado:*

a) *Hora de activación: 11:42 horas*

b) *Hora de intervención: 11:53 horas”.*

El 13 de septiembre de 2024, los reclamantes aportan al procedimiento un informe médico pericial elaborado el 20 de julio de 2024 por dos licenciados en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que en sus conclusiones se afirma que existe una vulneración de la *lex artis* y una pérdida de oportunidad por retraso asistencial por parte del SUMMA 112 que provocó una afectación neurológica irreversible.

Figura en los folios 328 a 332 un dictamen de valoración del daño corporal emitido a instancia del SERMAS que valora el daño, según baremo, en 67.137,03 euros, si bien a dicho importe, basándose en el informe de la Inspección Sanitaria, según el cual un tercio de los pacientes con ETV sintomática cursan con TEP que tiene una mortalidad del 30%, aplica este porcentaje reductor, siendo así la cuantía indemnizatoria de 46.995,921 euros, para los tres hijos de la paciente.

Se dio trámite de audiencia a los reclamantes y el 18 de diciembre de 2024 presentan un escrito de alegaciones señalando que resulta acreditada la pérdida de oportunidad y discrepan del informe de valoración del SERMAS al considerar que establece la tasa de mortalidad en un 30% cuando debería “*establecerse una pérdida de oportunidad en el tratamiento, absoluta para fallecimiento*”.

Finalmente, el 4 de junio de 2025 se formula propuesta de resolución, por la que se estima parcialmente la reclamación reconociendo una indemnización total de 46.995,921 para los tres interesados.

CUARTO.- El día 16 de Junio de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 320/25, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 3 de septiembre de 2025.

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 por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano competente 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 lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los tres reclamantes, hijos de la paciente, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Han acreditado la relación de parentesco con copia del libro de familia y actúan debidamente representadas.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, y en concreto al Servicio Madrileño de Salud, como titular de las competencias en la prestación del servicio de transporte sanitario urgente con independencia de su gestión indirecta y de la responsabilidad contractual que pudiera tener la adjudicataria del contrato de servicios correspondiente de constatarse algún incumplimiento.

En lo relativo al requisito temporal, 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 este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento de la paciente el 30 de agosto de 2022 por lo que la reclamación presentada el 3 de julio de 2023 está formulada dentro del plazo legal.

Respecto al procedimiento seguido, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, al

SUMMA 112 como órgano competente en la gestión del servicio de transporte sanitario urgente. El instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica de la paciente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los interesados y finalmente, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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 LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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.

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica

precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de las reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de la paciente. Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Los reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar a una demora asistencial por parte del SUMMA 112.

Sin embargo, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En este caso, los reclamantes han aportado al procedimiento un informe pericial en cuyas conclusiones se expresa que el fallecimiento del familiar de los reclamantes fue consecuencia de los daños cerebrales producidos por la demora asistencial del SUMMA 112 en realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar de la paciente, que presentaba factores de riesgo de tromboembolismo pulmonar y entró en parada cardiorrespiratoria a consecuencia del mismo.

Respecto a la demora asistencial, resulta necesario precisar que ante procesos súbitos que requieren la asistencia urgente de los servicios de emergencia es preciso valorar la adecuación de los medios movilizados y la conformidad del tiempo de respuesta con los parámetros exigibles o razonables, atendiendo a las circunstancias concurrentes en cada caso.

En el caso que se analiza se constata en el expediente examinado que el recurso que se activa a las 11:04 horas no llegó a presentarse en el domicilio y fue anulado a las 11:35 que se activó otro recurso que llegó al domicilio a las 11:58, superándose así los 30 minutos que es el tiempo medio de respuesta de las intervenciones de emergencia.

Según la Inspección Sanitaria *“La paciente despertó el 25 agosto de 2022 asintomática y al rato, sufrió un tromboembolismo bilateral masivo recuperable (...) El daño cerebral se produjo por la demora de 47 minutos de la ambulancia ante un tromboembolismo, ya que se dispone de unos minutos para la recuperación sin secuelas”*, y destaca que *“dada la accesibilidad del domicilio de la paciente y la gravedad de la urgencia, es inadmisibile el tiempo de actuación del servicio de emergencias, considerándolo un retraso. La paciente se recuperó del tromboembolismo en el hospital, pero al tener unas lesiones isquémicas cerebrales, el pronóstico desde el punto de vista neurológico es infausto (disfunción cerebral de intensidad severa), por lo que tras 5 días fallece, considerándolo una pérdida de oportunidad”*.

En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

Cabe concluir, por tanto, que concurre la responsabilidad de la Administración al no haber puesto los medios a su alcance para evitar la pérdida de oportunidad de diagnóstico y tratamiento, causando un daño que los reclamantes no tenían la obligación jurídica de soportar.

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene recogiendo el concepto de pérdida de oportunidad admitido por el Tribunal Supremo. Así la Sala madrileña en su Sentencia de 23 de junio de 2022 (recurso 880/2020) recuerda las Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009 según la cual:

“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico

consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente (FD 7º)”.

Recuerda asimismo la citada sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008, relativa a un indebido retraso en dispensar al paciente en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que «(...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la “pérdida de oportunidad” [sentencias de 7 de septiembre de 2005 (casación 1304/01, FJ2º) y 26 de junio de 2008, ya citada, FJ6º], constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una “falta de servicio”».

Esta Comisión ha apreciado pérdida de oportunidad en supuestos en los que han existido demoras indebidas en la remisión de recursos sanitarios por parte del SUMMA 112 como es el caso de los dictámenes 491/20, de 27 de octubre y 565/20, 22 de diciembre.

En el caso que nos ocupa, a la vista de los informes obrantes en el expediente, puede afirmarse que la evolución del daño cerebral hubiera sido diferente de haberse atendido más prontamente a la paciente, y, por tanto, ha de procederse a la valoración del daño causado.

En estos casos, la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre del 2012, recoge que: *“a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional, aunque no matemática”*.

Como se señaló en el dictamen 491/20 y en el dictamen 659/22, en todo caso, en la pérdida de oportunidad solo se valora el daño moral ocasionado al reclamante en cuanto a desconocer cuál hubiera sido la evolución de haberse actuado de manera correcta.

En este caso, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado, y atendiendo a los distintos informes obrantes en el expediente, procede el reconocimiento de una cantidad 46.995,921 euros, cantidad que deberá actualizarse al momento de su reconocimiento efectivo, de acuerdo con el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer a los reclamantes una indemnización global y actualizada de 46.995,921 euros, cantidad que deberá actualizarse al momento de su reconocimiento efectivo, de acuerdo con el artículo 34.3 de la LRJSP.

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 3 de septiembre de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 419/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid