

Dictamen nº: **324/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.07.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 6 de julio de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con el procedimiento promovido de oficio por los daños y perjuicios ocasionados a D....., (en adelante “*el perjudicado*”) como consecuencia de la falta de remisión a un centro de media estancia para recibir tratamiento rehabilitador tras su ingreso en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 21 de mayo de 2018 tuvo entrada en la Consejería de Sanidad un escrito del Defensor del Pueblo en el que se recogía que el hijo del perjudicado había presentado una queja indicando que su padre había sido atendido en el HCSC tras sufrir un infarto cerebral. En el informe de alta de 28 de marzo de 2018 se indicaba un tratamiento de rehabilitación motora y logopedia en centro especializado si bien indica que se ha denegado por el Centro de Salud al precisar diálisis siendo ello motivo de exclusión. En ese momento el paciente se encontraba en el domicilio familiar. El perjudicado indicaba que, pese a

las recomendaciones médicas sobre la necesidad del tratamiento, carecía de recursos para sufragarlo en un centro privado.

El Defensor del Pueblo solicitaba colaboración, al amparo de su ley orgánica reguladora, para conocer la situación del perjudicado.

Consta un escrito fechado el 31 de julio de 2018 por el viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria en el que se indica que: 1) los hospitales de media estancia no tienen tratamiento de diálisis por lo que se recomienda la permanencia en los hospitales de agudos hasta el alta; 2) el paciente fue dado de alta el 28 de marzo de 2018 del HCSC a una residencia de Valdemoro; 3) el 2 y el 17 de abril de 2018 acudió a Nefrología del HCSC derivándosele al Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro por proximidad; 4) El 15 de junio de 2018 acudió a Rehabilitación del HCSC apreciando mejoría progresiva pero lenta sin pautarse nuevas revisiones en ese Servicio; 5) En ese momento seguía tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

Con sello de salida de 18 de septiembre de 2018 (no consta entrada) el Defensor del Pueblo solicita aclaración sobre el tratamiento de rehabilitación prestado al perjudicado y el cauce de atención a los pacientes que estando en diálisis sufren un accidente cerebral necesitando rehabilitación lo antes posible si bien es imposible derivarlos a un centro hospitalario de estancia media.

El 25 de octubre de 2018 el viceconsejero de Humanización de la Asistencia Sanitaria contesta la petición indicando que se ha recabado información de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria que indica que: 1) los hospitales de media estancia no tienen tratamiento de diálisis; 2) las sesiones de diálisis que precisan estos pacientes son habitualmente en días alternos por lo que se procede a su traslado en ambulancia; 3) un elevado número de estos pacientes son además diabéticos por lo que deben llevar un control riguroso de comidas y

medicación; 4) no se podía garantizar que las horas de traslado en ambulancia se ajustasen a ese control; 5) los continuos traslados en ambulancia suponen un severo obstáculo físico para ellos lo que obligaría a alterar los horarios de rehabilitación; 6) si el paciente permanece en el hospital que origina el proceso se podría garantizar la asistencia más adecuada.

Por esas razones desde la citada Gerencia se ha remitido una instrucción a los hospitales de agudos para que los sometidos a diálisis que precisen tratamiento de rehabilitación en régimen de hospitalización les sea administrado en el propio hospital. No excluyendo al paciente del tratamiento sino modificando el lugar donde se presta para una mayor comodidad del paciente.

Respecto al caso concreto del paciente por el que se pide información, desde el Hospital Universitario Infanta Elena se indica que tras el alta del HCSC (donde continua en seguimiento por Neurología) fue trasladado a una residencia privada donde recibe fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y psicología. En ese momento estaba pendiente de acudir a consulta de Rehabilitación para infiltración de toxina botulínica en miembro superior derecho a fin de disminuir el grado de espasticidad.

El 2 de enero de 2019 el Defensor del Pueblo remite un escrito en el que considera que la medida adoptada por la Gerencia es adecuada para resolver los problemas de este tipo de pacientes pero que no pudo aplicarse al caso planteado que vio que no pudo acudir al centro especializado de rehabilitación al que se intentó derivarle por encontrarse sometido a diálisis y tampoco se le ofreció su ingreso en un centro privado concertado, pese a que algunos de estos informaron al hijo del paciente de que podrían atenderle en esas condiciones.

Ante esa situación, acudió a un centro privado desde donde acudía a tratamiento en los citados hospitales lo cual le ha supuesto un importante desembolso.

Por ello el Defensor del Pueblo sugiere que la Administración inicie de oficio un procedimiento en el que determine si el paciente o sus familiares directos han sufrido una lesión en sus bienes y derechos que no tenían obligación legal de soportar.

El 6 de febrero de 2019 el viceconsejero de Sanidad acuerda el inicio de oficio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial notificando ese acuerdo al hijo del perjudicado y al Hospital Universitario Infanta Elena (IDC Salud Valdemoro S.A.) así como a la aseguradora del SERMAS.

SEGUNDO.- A raíz del acuerdo de inicio adoptado de oficio por la propia Administración se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 25 de febrero de 2019 emite informe la jefe de Sección de Trabajo Social del HCSC en el que adjunta el protocolo de derivación a hospitales de apoyo que incluye criterios de exclusión, así como la documentación requerida para solicitar traslado al hospital de apoyo. Indica que la familia fue informada por la trabajadora social de todos los recursos sociales, tanto públicos como privados para tener la información más completa a la hora de decidir en el momento del alta hospitalaria.

En concreto consta un escrito de 26 de marzo de 2018 de la coordinadora de Ordenación Asistencial (folio 94) dirigido al director médico del HCSC en el que se indica que: *“Como saben el tratamiento de hemodiálisis es criterio de exclusión de derivación a centro de media*

instancia. Según el informe el paciente ha estado en hemodiálisis durante su ingreso. Si al alta se tiene previsto continuar no se puede derivar para rehabilitación”.

El 21 de febrero de 2019 el hijo del perjudicado, actuando en representación de este, presenta un escrito en el que expone que en el informe de alta de 28 de marzo de 2018 se recomendaba expresamente “rehabilitación motora y logopédica” por lo que sus hijos solicitaron a través de la trabajadora social del HCSC un centro de rehabilitación lo que fue desestimado por la Comunidad de Madrid basándose en su necesidad de diálisis.

Por ello sus hijos procedieron a su ingreso en una residencia recomendada por la Asociación de Daño Cerebral de Madrid en la localidad de Valdemoro que cuenta con una unidad de ictus y así continuar el tratamiento de diálisis en el Hospital Universitario Infanta Elena

Aporta 20 facturas de ese centro fechadas entre el 1 de abril de 2018 y el 1 de febrero de 2019 por un importe de 36.597,32 euros. Igualmente adjunta una factura de tratamiento de fisioterapia por importe de 419,60 euros.

Deja a la decisión de la Administración la cantidad de 15.000 euros por las secuelas que padece y que sería consecuencia de no haber recibido la rehabilitación a tiempo.

Firma el escrito el hijo del perjudicado haciendo constar que es debido a la hemiplejia de su padre.

Adjunta el informe de alta, las citadas facturas y una escritura de poder en la que el perjudicado otorga poder a sus tres hijos para que, mancomunadamente dos cualesquiera de ellos, puedan actuar en

representación del poder en una serie de facultades entre las que se encuentra el comparecer ante organismos públicos promoviendo toda clase de expedientes.

El 27 de febrero de 2019 el Hospital Universitario Infanta Elena remite documentación médica indicando que la actuación objeto de reproche no se refiere a la asistencia prestada en ese centro.

El 25 de julio de 2019 por escrito que en el expediente remitido a esta Comisión consta sin firmar, la subdirectora general de Inspección Sanitaria y Evaluación devuelve la reclamación sin emitir informe al considerar que la actuación que se reprocha no es de naturaleza clínica, sino que entra dentro del ámbito de la organización de los servicios de la Consejería.

El 11 de diciembre de 2019 el hijo del perjudicado presenta un escrito acompañando ocho facturas relativas al periodo entre el 1 de marzo y el 1 de noviembre de 2019 por importe de 18.176,72 euros.

El 2 de junio de 2020 se concede trámite de audiencia al hijo del perjudicado.

Obra en el expediente la notificación por correo certificado del trámite el 26 de junio, pero no consta la presentación de alegaciones.

El viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 15 de octubre de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo al protocolo existente en ese momento en tanto que lo contrario generaría un agravio a otros pacientes. Asimismo, considera que la obligación de los servicios sanitarios es de medios y no de resultado y ha de actuarse con arreglo a las circunstancias del enfermo en el momento de la asistencia sanitaria y no mediante un juicio ex post. En este caso se actuó conforme al protocolo que constituye la *lex*

artis y la responsabilidad patrimonial no permite reembolsar los gastos ocasionados al acudir a la sanidad privada.

Con fecha 5 de noviembre de 2020 se remitió el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora que emitió el Dictamen 570/20, de 22 de diciembre, en el que se consideraba que procedía la retroacción del procedimiento por cuanto no se había solicitado el informe de la coordinadora de Ordenación Asistencial del SERMAS cuya actuación había determinado la denegación de la derivación del perjudicado a un centro de media estancia por lo que era necesario su informe a los efectos del artículo 81 de la LPAC.

De otro lado, se indicaba también en el citado Dictamen 570/20 que el perjudicado había comparecido representado por uno de sus hijos, pero el poder notarial acreditativo de esa representación establecía que el poderdante confería poder a favor de sus tres hijos para que le representasen dos cualesquiera de ellos de forma mancomunada. Por ello, la actuación de uno solo de los hijos no estaba amparada por el poder y el SERMAS debería requerirles para que subsanasen ese defecto de representación.

TERCERO.- Tras el mencionado dictamen, con fecha 14 de enero de 2021 el jefe de área de responsabilidad patrimonial del SERMAS requirió al representante del perjudicado para que subsanase el defecto de representación.

El 15 de enero de 2021 el representante del perjudicado aporta certificado del registro electrónico de apoderamientos en el que se indica que el hijo que actúa en representación del perjudicado acepta el poder otorgado por otra de las hijas del perjudicado para la realización de las actuaciones y unidades orgánicas indicadas en el poder.

Con fecha 25 de enero de 2021 se solicita informe al Servicio de Ordenación Asistencial del SERMAS.

El 19 de abril de 2021 la responsable de la Unidad de Coordinación de Media Estancia emite informe en el que se limita a indicar:

“Que el paciente en el momento de los hechos estaba ingresado por Hemodiálisis, esta situación era criterio de exclusión para la derivación a un hospital de Media Estancia, motivo por el cual le fue denegado el traslado, por parte de la Coordinadora de Ordenación Asistencial del Servicio Madrileño de Salud que estaba en aquel momento”.

El 4 de mayo de 2021 se concede trámite de audiencia al representante del perjudicado que presenta escrito de alegaciones el 5 de mayo.

En el mismo indica que el informe de la responsable de la Unidad de Coordinación de Media Estancia confirma que el protocolo aplicado no era el adecuado, y a raíz de ella y la intervención del Defensor del Pueblo ha sido modificado.

Considera que la responsabilidad patrimonial de la Administración se basaría en la inacción o funcionamiento anormal de los servicios públicos. A raíz de un inadecuado funcionamiento del sistema causado por la aplicación de un protocolo excluyente, el perjudicado fue privado de cualquier tipo de rehabilitación.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 15 de octubre de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo al protocolo existente en ese momento en tanto que lo contrario generaría un agravio a otros pacientes. Asimismo, considera que la obligación de los servicios sanitarios es de medios y no

de resultado y ha de actuarse con arreglo a las circunstancias del enfermo en el momento de la asistencia sanitaria y no mediante un juicio ex post. En este caso se actuó conforme al protocolo que constituye la *lex artis* y la responsabilidad patrimonial no permite reembolsar los gastos ocasionados al acudir a la sanidad privada.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 4 de junio de 2021, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 6 de julio de 2021.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- El presente procedimiento se ha iniciado de oficio al amparo del artículo 58 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) tras la sugerencia formulada por el Defensor del Pueblo al amparo del artículo 30 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo.

La competencia para tramitar el procedimiento corresponde a la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó en el HCSC que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid y, de otro lado, la denegación del ingreso en un centro de media estancia provino de la Coordinadora de Ordenación Asistencial del SERMAS.

Por lo que se refiere al requisito temporal, el artículo 65 de la LPAC establece que en los casos en los que el procedimiento se inicie de oficio no debe haber prescrito el derecho a la reclamación al que se refiere el artículo 67.1 que establece un plazo de prescripción de un año desde que se produzca el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, el *dies a quo* viene determinado por la denegación de la derivación a un centro de estancia media el 26 de marzo de 2018. Por ello, el inicio del procedimiento el 6 de febrero de 2019 determina que ninguno de los daños puede considerarse prescrito.

Debe hacerse una referencia a la instrucción del procedimiento respecto a la cual ha de estarse a lo establecido en la LPAC.

El artículo 81 de la LPAC exige que se recabe el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño.

En este caso consta que se recabó informe del HCSC evacuándose por parte de la jefa de Sección de Trabajo Social del HCSC indicando que la solicitud de derivación formulada desde ese centro sanitario fue denegada por Ordenación Asistencial del SERMAS. Se dio traslado asimismo al Hospital Universitario Infanta Elena que no formuló alegaciones al entender que los hechos en los que se basa la posible existencia de responsabilidad patrimonial no son imputables a dicho centro.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, desde la Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación se rechazó emitir informe al entender que no había una actuación médica que lo justificase, sino que los hechos entraban dentro de lo que es el ámbito de organización y gestión de los servicios públicos de salud.

Posteriormente, en cumplimiento de lo recogido en el Dictamen 570/20 se emitió informe por la responsable de la Unidad de Coordinación de Media Estancia.

El artículo 65.2 de la LPAC establece que los procedimientos de oficio se notificaran a los particulares presuntamente lesionados para que en 10 días presenten alegaciones y prueba, trámite que se concedió al representante del perjudicado.

Tal y como se indicaba en el citado Dictamen 570/20 al establecer el poder otorgado por el perjudicado que concedía su representación a dos de sus hijos que debían actuar de forma mancomunada se procedió a requerir la subsanación de dicho defecto de representación para lo cual se aportó un certificado del registro de apoderamientos de la Administración General del Estado en el que una hija del perjudicado confería poder al hijo que venía actuando en el procedimiento. El problema radica en que la vigencia de ese poder (folio 501) se limitaba al periodo del 15 de enero al 31 de enero de 2021.

No obstante, puesto que el SERMAS ha creado una situación de confianza en la validez de ese poder cabe entrar en el fondo sin perjuicio de que el SERMAS requiera que, en lo sucesivo, las actuaciones en representación del perjudicado provengan de forma conjunta (esto es, mancomunada) de dos cualesquiera de sus tres hijos.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

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) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

CUARTA.- Tal y como se ha indicado, el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial se ha iniciado de oficio por el SERMAS siguiendo la recomendación formulada por el Defensor del Pueblo.

El daño por el que se plantea la posible reclamación de responsabilidad patrimonial radica en que el perjudicado, tras recibir el alta no fue remitido a un centro para su rehabilitación sobre la base de un protocolo interno de actuación del SERMAS que establecía que no serían remitidos aquellos pacientes que estuviesen en tratamiento de diálisis como era el caso del perjudicado el cual tuvo que acudir a un centro privado para recibir tratamiento.

Ahora bien, no consta que en ningún momento se ofreciese al perjudicado una alternativa que le permitiese recibir el tratamiento rehabilitador. En la breve nota que dirigió la coordinadora de ordenación asistencial al director médico del HCSC se indica que *“Como saben el tratamiento de hemodiálisis es criterio de exclusión de derivación a centro de media instancia. (...) Si al alta se tiene previsto continuar no se puede derivar para rehabilitación”*.

No consta que se ofreciese alternativa alguna al perjudicado ni por parte del SERMAS ni por el HCSC pese a que el informe de alta de 22 de marzo de 2018 establecía que *“se recomienda continuar con programa de rehabilitación post ictus en centro de media estancia para evitar retracciones musculares y rigideces articulares.”* Por ello, la trabajadora social del HCSC realizó gestiones para la concesión de dicha rehabilitación que no se logró precisamente por la negativa del SERMAS al estar el perjudicado sometido a tratamiento de diálisis.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización contempla como servicios del Sistema Nacional de Salud en su anexo III contempla (3.11) la

hospitalización para la realización de *“tratamientos de rehabilitación cuando proceda”* así como la (3.12) *“información al alta con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados.”*

El SERMAS reconoce que existe un derecho a la prestación de este servicio de rehabilitación en un centro de estancia media si bien en la época en la que el perjudicado lo solicitó dicho servicio no se facilitaba a las personas con diálisis (se supone que por razones organizativas) y ello en virtud de un protocolo de actuación del que se desconoce quién lo aprobó (folios 72-74). Dicho protocolo ha sido alterado siguiendo las recomendaciones del Defensor del Pueblo con lo cual se reconoce el derecho de los pacientes en diálisis a ese tipo de tratamiento.

Esta Comisión considera que, teniendo en cuenta que se privó al perjudicado de un derecho a la asistencia sanitaria legalmente reconocida, ello supuso una denegación de asistencia sanitaria. Es cierto que no se trata de un supuesto de urgencia vital y por tanto no es posible acudir a la vía del reembolso de gastos prevista en el artículo 4.3 del citado Real Decreto 1030/2006 pero sí estamos en presencia de un daño antijurídico causado por la Administración al denegar injustificadamente al perjudicado una asistencia sanitaria a la que tenía derecho. En este sentido se ha pronunciado esta Comisión en el Dictamen 215/20, de 16 de junio, en el que se consideraba como una pérdida de oportunidad el que no se concediese a los reclamantes la posibilidad de un tratamiento de fertilidad.

No puede compartirse la argumentación de la propuesta de resolución respecto a que, de estimarse la responsabilidad, se causaría una discriminación a otras personas a las que también se denegó esta asistencia puesto que admitirlo supondría convalidar una *“igualdad en la ilegalidad”*. La persona que sufre un daño antijurídico causado por la

Administración tiene el derecho constitucional reconocido en el artículo 106.2 de la Constitución Española a ser indemnizada con independencia de que pueda haber otras personas en la misma situación.

Tampoco se comparte el criterio de que esta no es la vía adecuada ya que, como se ha expuesto, no estamos ante un reembolso de gastos y además resulta incoherente esa afirmación de la propuesta de resolución con el hecho destacable de que estamos ante un procedimiento iniciado de oficio.

En suma, estamos ante un daño causado al perjudicado al negársele una asistencia sanitaria a la que tenía derecho sin que el SERMAS le ofreciese una alternativa de tratamiento lo cual motivó que tuviese que acudir a un centro privado para recibir el tratamiento. Ello supone que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

QUINTA.- Lo anterior conduce a la necesidad de valorar el daño causado al perjudicado.

A diferencia de lo acontecido en el Dictamen 215/20 no estamos ante un caso de pérdida de oportunidad. No existe ninguna incertidumbre sobre el daño que la denegación de asistencia sanitaria pudo ocasionar al perjudicado sino que el daño alegado por el perjudicado en el trámite de audiencia, que es el que motiva el inicio de oficio del procedimiento de responsabilidad a instancia del Defensor del Pueblo, consiste en el coste económico que para el perjudicado supuso tener que recibir la asistencia médica en un centro privado.

El perjudicado ha aportado un total de 20 facturas por dicha estancia correspondientes al periodo que abarca del 1 de abril de 2018 al 1 de febrero de 2019 por un importe total de 36.597,32 euros.

Posteriormente aporta facturas por importe de 18.176,72 euros. Reclama también una factura de fisioterapia por láser por importe de 419,60 euros y una posible indemnización por importe de 15.000 euros por las secuelas que le quedarán a raíz de no haber recibido a tiempo el tratamiento en un centro público.

No puede considerarse acreditada la necesidad de la fisioterapia ya que no existe ninguna prescripción específica de la misma por facultativos de la sanidad pública por lo que no cabe admitir dicho concepto y tampoco se han acreditado las secuelas que ni tan siquiera se llegan a identificar. Además, si las facturas muestran que el tratamiento en un centro privado comenzó el 1 de abril de 2018 y el alta del HCSC es del 28 de marzo de ese año, no puede entenderse que un periodo de tres días haya ocasionado secuela alguna.

Por el contrario, las facturas del centro privado acreditan un daño indemnizable de acuerdo con lo expuesto anteriormente por lo que cabe reconocer una indemnización por importe de 54.774,04 euros, cantidad que no es objeto de discusión en la propuesta de resolución si bien de la misma deberán descontarse aquellos conceptos que no respondan a la estancia en el centro y al tratamiento rehabilitador tales como “*marcaje ropa*”, “*gastos higiene personal*”, “*aire acondicionado*” o “*actividad capea*” o similares.

Dicha cantidad deberá ser actualizada con arreglo a lo establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede reconocer al perjudicado una indemnización por importe de 54.774, 04 euros descontando los conceptos a los que se refiere la consideración jurídica quinta y con la actualización legalmente establecida.

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 6 de julio 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 324/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid