

Dictamen n.º: **135/26**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **11.03.26**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 11 de marzo de 2026, emitido ante 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 asunto promovido por Dña. ....., en nombre y representación de su hermano, D. .... (en adelante, “*el reclamante*”) sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos tras la caída producida durante el traslado en una ambulancia y por la posterior asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado el 6 de octubre de 2023 en el registro telemático del SERMAS, la persona citada en el encabezamiento, actuando en representación de su hermano, formuló reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), por los daños y perjuicios sufridos por el paciente, tras una caída producida durante el traslado en ambulancia y por la posterior asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Relata la reclamación que, a las 18:48 horas del día 13 de julio de 2023, la hermana del reclamante, que además asume su representación en este procedimiento, según resulta de la autorización manuscrita de su hermano, recibió una llamada telefónica, en la que quien dijo ser el coordinador de ambulancias de la empresa Santa Sofia, le informó que su hermano, paciente de rehabilitación al que debía trasladar de forma programada para que se sometiera a la rehabilitación neurológica que tenía programada tras haber sufrido un ictus, tenía una pequeña herida en la cabeza y un pequeño golpe y que el conductor de la ambulancia donde estaba siendo trasladado cuando se produjo el golpe, se dirigía al hospital con su hermano, para que le revisaran.

Continúa señalando que, ese mismo día a las 19:08 horas, recibió una segunda llamada, esta vez efectuada por el conductor de la ambulancia, comunicándole que había llevado a su hermano al Hospital Universitario Infanta Leonor, porque *“había sufrido una caída al sentarse en la silla de ruedas, se le fue...”*, pues el paciente *“se había sentado en el asiento delantero de la ambulancia, cerró la silla de ruedas y que bajó con la ayuda de él”* y restando toda importancia a lo sucedido. En este punto la reclamación indica que cuentan con un testigo presencial de la caída, que constata que no se contemplaron las prevenciones debidas, para con este paciente, señalándose sus datos de contacto.

A las 20:49 h., la hermana recibió otra llamada efectuada por un responsable del SUMMA 112, preguntando por lo sucedido y dudando del hecho mismo de la caída, por cuanto el paciente tenía asignada la ambulancia para el traslado *“con rampa y silla de ruedas propia”*.

Se explica seguidamente que, en el informe de ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor no se hizo mención alguna al golpe sufrido en la cabeza, indicando solamente que el paciente presentaba una herida en la ceja.

Pese a todo, su hermano quedó ingresado en el Hospital Universitario Infanta Leonor, entre el 13 y el 17 de julio de 2023 y en un TAC que se le realizó verificaron que presentaba “*sangrado interno en el cerebro, debido al golpe*”.

También se indica en la reclamación, que el día siguiente a la caída, el 14 de julio, el paciente mantuvo desubicación, pérdida de movilidad y que su estado de ánimo empeoró y que, a consecuencia de lo sucedido ha sufrido un notorio empeoramiento en su autonomía, pues desde entonces padece vértigo, mucha inseguridad y miedos, además de precisar terapia adicional de psicología, logopedia y neurología. Añade que por causa del golpe se le estropeó el audífono del oído izquierdo.

Por todo ello señala que el reclamante ha tenido que solicitar un préstamo, para hacer frente a los gastos superiores que tiene que afrontar, por el empeoramiento sufrido y aunque no cuantifica el importe de la reclamación, considera que supera los 15.000 €.

Se adjunta a la reclamación la autorización manuscrita para presentar la presente reclamación concedida por el paciente, en favor de su hermana; el DNI de ambos; un informe médico emitido por un gabinete privado tras la caída de julio de 2023, valorando la situación del paciente y sus necesidades rehabilitadoras y proponiendo una neurorrehabilitación robótica, con un coste semanal de 1.530 €; documentación relativa a un préstamo contratado por el reclamante el 4 de agosto de 2023, de 14.000 €, para financiar tales tratamientos; diversos escritos y correos electrónicos de la hermana del reclamante a la Fundación Instituto San José, manifestando sus dudas y/o discrepancias con el tratamiento prestado a su hermano en ese centro, por entenderlo insuficiente y otros dirigidos al SUMMA 112, interesando que se le proporcionara información sobre la caída del día 13 de julio de 2023 y sobre el documento de ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, subsiguiente. También se

incorporan varios informes médicos sobre la evolución y tratamientos posteriores del paciente; la factura de reparación de uno de los audífonos del reclamante, de fecha 5 de septiembre de 2023, que indica que resultó dañado al caerse de la ambulancia, por importe de 173,01 € y la tarjeta de discapacidad del reclamante, acreditando que la tiene declarada en un grado del 65 %.

**SEGUNDO.-** El paciente, en el momento de los hechos que motivan esta reclamación, contaba con 63 años de edad.

Entre sus antecedentes personales y médicos de interés, destacamos que había sufrido un infarto agudo de miocardio, sin elevación del segmento ST, en el año 2012 resuelto mediante el implante de *stents* convencionales, en la arteria coronaria derecha proximal media. Desde entonces se constataron hábitos y circunstancias de riesgo cardiovascular, por mantener el consumo habitual de alcohol y ser fumador, en ese momento. Igualmente, el paciente presentaba hipertensión arterial, dislipemia y sobrepeso.

Además, en cuanto a su situación cardiovascular, en fecha 25 de octubre de 2022, el paciente fue trasladado al Hospital Universitario de La Princesa por el SUMMA 112, con pérdida de consciencia, desviación óculo-cefálica derecha y hemiplejía izquierda. El TAC craneal que se le realizó mostró una hemorragia en los ganglios basales, con desviación de la línea media a la izquierda.

Ingresó en la UCI y pasó a planta el 9 de noviembre, siendo trasladado desde el Hospital Universitario La Princesa al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, el 18 de noviembre de 2022.

Posteriormente, el día 5 de diciembre de 2022, fue ingresado en la Fundación Instituto San José, como recurso hospitalario especializado, para seguir el programa de “Daño Cerebral Rehabilitable”.

El paciente fue dado de alta el 5 de febrero de 2023, con diagnóstico de “*deterioro funcional tras hemorragia cerebral en los ganglios basales derechos; hipertensión arterial y caídas de repetición*”, al constar caídas de los días 29 y el 30 de diciembre de 2022.

El 21 de marzo de 2023 ingresó nuevamente en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, tras ser llevado a su Servicio de Urgencias por el SAMUR, al haber sufrido otra caída casual en la vía pública. En la misma sufrió un traumatismo craneal parietal izquierdo y en el TAC realizado en Urgencias se observó fractura de la pared medial de la órbita izquierda, con láminas hiperdensas en los surcos subaracnoideos parietales izquierdos, así como foco de hemorragia subaracnoidea. Posteriormente se le realizaron otros dos nuevos TAC, sin cambios.

En la RMN cerebral que le practicaron se reflejaron contusiones parenquimatosas en los polos anteriores de ambos lóbulos frontales, junto con un hematoma subdural crónico hemisférico derecho de 6,5 mm de espesor. También se observaba la secuela del ictus hemorrágico previo, en la zona del núcleo lenticular derecho, con degeneración waleriana troncoencefálica secundaria.

Según la valoración del equipo de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, el paciente había empeorado su situación neurológica y volvía a ser dependiente.

Una vez completado todo el estudio se envió al paciente al Centro de Media Estancia para su rehabilitación, ingresando nuevamente en la Fundación Instituto San José. Al momento de ingreso, el índice Barthel del paciente era de 10, mientras que cuando recibió el alta, en febrero del mismo año, era de 35.

El 21 de mayo de 2023 fue dado de alta, al vencer el período máximo de estancia autorizado por el SERMAS para el programa de “Daño Cerebral Rehabilitable” y se redactó un informe para que prosiguiera el tratamiento de neurorrehabilitación, en régimen ambulatorio, dentro del programa correspondiente del Hospital de Día.

En cuanto a las cuestiones que centran la presente reclamación, de conformidad con los datos consignados en la historia clínica del paciente, se consideran acreditados los siguientes hechos de interés:

El 13 de julio de 2023, al regresar el paciente a su domicilio en la ambulancia del SUMMA 112 que le trasladaba, tras recibir el tratamiento ambulatorio neurorrehabilitador, sufrió una caída al suelo, al bajar del vehículo, golpeándose el hombro izquierdo y la ceja izquierda, causándole una herida en la región ciliar izquierdo y contusión en la cara externa del hombro izquierdo.

El paciente fue trasladado al Servicio de Urgencias de Hospital Universitario Infanta Leonor y en el TAC craneal que le fue realizado se apreció una hiperdensidad lineal en la corteza insular derecha, estando en relación con una calcificación giral, secuela de lesión isquémica antigua. Existía la duda de si esta lesión pudiera ser también una hemorragia subaracnoidea aguda en el contexto del hecho traumático y por eso, se decidió mantenerlo en observación y efectuarle un TAC de control en 24 horas.

En la valoración neurológica realizada por el equipo médico a las 08:42 h. del día 14 de julio, se indicó que el paciente refería encontrarse bien, sin cefalea. Tampoco presentaba focalidad neurológica, añadida a la que presentaba previa al traumatismo.

A las 17:39 h. se le realizó el TAC de control y se objetivó un leve aumento de la hiperdensidad lineal de la corteza insular derecha, sugiriendo la existencia de una hemorragia subaracnoidea. Ante la

estabilidad clínica del paciente, el Servicio de Neurocirugía, decide mantener al paciente en observación en el Departamento de Agudos del Servicio de Urgencias, con la realización de un nuevo TAC de control, al día siguiente.

El siguiente TAC, realizado el 15 de julio, mostró la persistencia de la hemorragia subaracnoidea, pero con una discreta disminución de la misma. En la valoración médica de este día, el paciente presentaba buen estado general, sin cefalea ni focalidad neurológica diferente de la previa al traumatismo.

Tras permanecer 48 horas en observación, con buen estado general y sin incidencias, el 17 de julio de 2023, el Servicio de Neurocirugía confirmó que podía ser dado de alta, sin seguimiento por su parte.

En el informe de alta del Hospital Universitario Infanta Leonor figura como juicio clínico: *“hemorragia subaracnoidea insular derecha traumática, en resolución”*. En dicho informe de alta, se indica que el seguimiento debía realizarse por su médico de Atención Primaria.

En el posterior informe médico de alta de Rehabilitación, de agosto de 2023, realizado en la Fundación Instituto San José, se indica que comenzó el tratamiento ambulatorio el 26 de mayo de 2023 y que durante los 3 meses de duración del mismo no se habían observado avances en la situación funcional y de independencia del paciente. En cuanto a la evolución del paciente, no se realizaba especial mención al suceso del 13 de julio.

En ese mismo informe, en la valoración final de Fisioterapia, se indica que el paciente precisa el contacto de una persona en el lado izquierdo para realizar paseos cortos, que persiste la hemiplejía izquierda y que necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, no

habiendo disminuido el alto riesgo de caídas que presentaba desde el primer momento del cuadro patológico.

Finalmente, existe una adenda al informe, en la que se puede leer: *“El paciente presentó caída en ambulancia el pasado 13 de julio de 2023, sin presentar repercusión en su evolución, desde el punto de vista de rehabilitación”.*

**TERCERO.-** Presentada la citada reclamación, se inicia expediente de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Publicas (en adelante, LPAC).

Se requirió a la hermana del reclamante a fin de que aportara justificación de su relación de parentesco. Por escrito presentado el 10 de noviembre de 2023, se dio cumplimiento a lo requerido, presentando copia de los certificados de nacimiento del reclamante y su hermana y del libro de familia de los padres de ambos; diversos correos electrónicos y sus contestaciones, dirigidos por la hermana del paciente a la Fundación Instituto San José, mostrando discrepancias con la neurorrehabilitación programada e interesando explicaciones sobre lo sucedido y, finalmente, algunas facturas de los traslados y tratamientos posteriores recibidos en otro centro privado.

Consta incorporada al procedimiento la documentación clínica correspondiente a las asistencias prestadas al paciente por el SUMMA 112 y, en particular las correspondientes a la actuación de la empresa contratista “Ambulancias Santa Sofía”.

También se adicionó la documentación correspondiente a la asistencia en el Hospital Universitario Infanta Leonor y, la relativa a la rehabilitación del paciente en el Instituto Fundación San José, que es un centro concertado con la sanidad madrileña, pese a que su asistencia no se cuestiona por el reclamante.

Igualmente, en cumplimiento de las previsiones del artículo 81 de la LPAC, figura en el expediente administrativo un informe del director médico del SUMMA 112, de 22 de diciembre de 2023 (folios 158 y ss.) relatando todas las asistencias para con este paciente y, en particular referencia a los traslados al Instituto Fundación San José, relata todos los datos de los desarrollados por cuenta del SUMMA 112.

De esa forma indica que, el día 6 de febrero de 2023, el paciente comenzó tratamiento rehabilitador en dicho centro, acudiendo todos los lunes, martes, miércoles, jueves y viernes, para lo cual se le proporcionaron los traslados correspondientes, como transporte colectivo, con camillero y silla de rueda o silla de transporte.

El tratamiento rehabilitador tuvo que ser interrumpido al ser ingresado el 1 de marzo de 2023, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por causa de un traumatismo craneoencefálico motivado por una caída casual con pérdida de equilibrio, y posterior hemorragia subaracnoidea postraumática, siendo dado de alta de dicho proceso el 21 del mismo mes de marzo del 2023, y pasando nuevamente a ingresarse en el Instituto Fundación San José, hasta el 22 de mayo de 2023. Mas tarde, continuó tratamiento rehabilitador en el Hospital de Día de esa misma institución, acudiendo diariamente, excepto los sábados, domingos y festivos, nuevamente en transporte colectivo, con silla de traslado y camillero, figurando en tratamiento activo hasta el día 27 de noviembre de 2023.

Además de estas asistencias, según se indica en el informe, también se había trasladado al enfermo a diversos hospitales y ambulatorios de la red pública para otras consultas y/o pruebas complementarias, siendo los transportes solicitados, en casi su totalidad, colectivos, con camilla y camillero.

En cuanto al percance del 13 de julio de 2023, se reconoce que en el traslado de vuelta desde el Instituto Fundación San José al domicilio de paciente, según refiere la reclamante en su escrito de reclamación, el paciente sufrió una caída, que requirió que se le trasladara en ese momento al Hospital Universitario Infanta Leonor, en cuyo informe figura: *“hoy de regreso a su domicilio, al bajar de la ambulancia sufre, según su familiar (hermana) caída al bajar de la ambulancia para sentarse en la silla de ruedas, golpeándose el, hombro izquierdo y la ceja izquierda, no recuerda lo ocurrido”*.

También se indica que *“durante este ingreso, dentro de las pruebas de imágenes realizadas, y a pesar de incertidumbres iniciales, finalmente se determinó que el paciente habría podido sufrir una nueva hemorragia subaracnoidea aguda en el contexto traumático”*.

Continua el informe reproduciendo cual fue la información sobre el suceso proporcionada por la empresa de ambulancias al SERMAS 112, prestataria del servicio, ante la petición del informe que le solicitaron y que, según refiere, también se trasladó a la hermana del paciente.

La concreta información proporcionada por la empresa de ambulancias, según se recoge en el informe del coordinador del SUMMA 112, fue: *“El técnico nos indica que recogió al paciente en el servicio de rehabilitación del Instituto San José con destino a su domicilio, que el paciente va en su silla de ruedas, pero al percatarse de que había otro paciente que también iba en silla de ruedas, le comentó al conductor que si le podía llevar sentado en uno de los asientos de la ambulancia y plegar su silla, ya que así se encontraba más cómodo durante el traslado.*

*El técnico le preguntó si él podía subir los dos escalones de la ambulancia y D... le dijo que con su ayuda sí podía, y así lo hicieron.*

*Al llegar al domicilio, colocó la silla de ruedas del paciente al lado de la ambulancia y le ayudó a bajar los dos escalones, una vez que el*

*paciente estaba en el suelo, en bipedestación situado frente a su silla, se agachó para apoyar su mano en el reposabrazos de la silla para girarse y sentarse en la misma, y en ese momento pierde el equilibrio, como el técnico le tiene sujeto por el otro brazo para ayudarlo a colocarse, hace fuerza para evitar que se caiga al suelo, sin embargo y aunque la caída fue lenta y amortiguada, no pudo evitar que D. ...se golpeará en la ceja.*

*El conductor le colocó en su silla, valoró que estaba consciente y orientado al ver la herida de la ceja lo comunicó al coordinador y se llevó al paciente a Urgencias del Hospital Infanta Leonor, para que lo atendieran correctamente, llamando a los familiares para informarles de lo sucedido y permaneciendo con D. ... hasta que un celador del hospital se lo llevó a la sala de Urgencias para su valoración.*

*Manifiestar nuestras más sinceras disculpas y las del técnico por lo ocurrido a D. ... e indicar que su opinión se tendrá muy en cuenta para evitar que vuelvan a ocurrir estos incidentes y mejorar el servicio que prestamos, recordando también al personal que hay que extremar todas las precauciones posibles durante los traslados de los pacientes, en especial de los más mayores y delicados”.*

Seguidamente se indica que no existe un informe propiamente dicho del técnico de la ambulancia, pues los profesionales encargados del transporte sanitario en las Unidades de Soporte Vital Básico, son técnicos en Emergencias Sanitarias, pertenecientes a la Familia Profesional Sanidad, Nivel/Ciclo Formativo de Grado Medio y, al no ser profesionales licenciados, no se incluye entre sus competencias la realización de informes clínicos asistenciales respecto a los traslados realizados.

Por el contrario, refiere que según el Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y con posterioridad, conforme al Real

Decreto 295/2004, 20 febrero, estos profesionales tienen entre sus funciones *“mantener preventivamente el vehículo sanitario y controlar la dotación material del mismo, prestar al paciente soporte vital básico y apoyo al soporte vital avanzado, trasladar al paciente al centro sanitario útil y aplicar técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis”*.

Finalmente añade que, tras el percance, el paciente ha seguido necesitando traslados desde su domicilio hasta el Instituto Fundación San José para seguir con su tratamiento rehabilitador, los lunes, martes, jueves y viernes, en transporte colectivo con camillero y silla de ruedas, hasta el 27 de noviembre de 2023, fecha en la que consta un último traslado.

Consta igualmente un informe del Departamento de Calidad y Atención al Paciente de la contratista Ambulancias Santa Sofia, S.A., de 28 de diciembre de 2023 (folio 378) que reproduce las mismas explicaciones sobre el suceso y añade que, al ver la herida en la ceja, el conductor comunicó con el coordinador del servicio y con los familiares del paciente, para informarles de lo sucedido y que permaneció en el hospital hasta que un celador se llevó al paciente a la sala de Urgencias, para ser valorado.

Finalmente, se indica que, no se considera que de la actuación del técnico de la ambulancia se puedan derivar culpas, por tratarse de un hecho fortuito, pues el conductor siguió las indicaciones del paciente de ir sentado en la ambulancia e interesa la desestimación de la responsabilidad.

También consta un informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor, de 1 de enero de 2024, que indica que el paciente, con antecedentes personales de HTA, cardiopatía isquémica crónica, hemorragia cerebral en ganglios basales, artritis

reumatoide y gota, ingresó en el Hospital Universitario Infanta Leonor el 13 de julio de 2023, por policontusiones (herida en región ciliar izquierda y contusión en cara externa del hombro), con traumatismo craneoencefálico.

La exploración neurológica no mostró focalidad. Se realizó un hemograma y bioquímica que no mostraron alteraciones y la radiografía del hombro golpeado no mostró lesiones agudas. También se le realizó una TAC craneal de Urgencias que mostró *“hiperdensidad giriforme en región insular derecha, que plantea diagnóstico diferencial entre calcificación giral secundaria a lesión isquémica crónica o pequeño foco de hemorragia subaracnoidea en el contexto traumático”*.

Se decidió dejar al paciente en observación y repetir la TAC craneal en 24 horas. El nuevo TAC craneal de control, del día 14 de julio, mostró hemorragia subaracnoidea en la corteza insular derecha, que había aumentado levemente respecto a la TC previa.

Se indica que, en esa situación, consultó con Neurocirugía del Hospital Gregorio Universitario Marañón y, de acuerdo con su criterio y dada la estabilidad clínica (Glasgow 15 sin focalidad neurológica), se decidió mantener en observación clínica y repetir la TAC craneal, en otras 24 horas.

El día 15 de julio, se realizó la nueva TAC, que mostró *“hemorragia subaracnoidea en la corteza insular derecha, que ha disminuido discretamente respecto a TC de ayer”*, cursando ingreso para continuar con la observación clínica.

El paciente permaneció estable y sin focalidad neurológica por lo que se decidió el alta el día 17 de julio de 2023, tras 96 horas de vigilancia.

Seguidamente, consta un escrito de alegaciones, efectuado en nombre del reclamante, de fecha 22 de enero de 2024, manifestando las dificultades para lograr explicaciones sobre el suceso y afirmando que ese percance ha tenido consecuencias muy perjudiciales en relación con la evolución de la rehabilitación del paciente (folios 400 al 441). Igualmente indican que, han tenido que suspender los tratamientos que tenían contratados en el centro privado, pues ya no los podían costear.

Se acompañan facturas del centro privado, el informe final del indicado centro detallando sus terapias y los avances conseguidos, hasta el momento en que se finalizaron por decisión del interesado y su familia.

Otro escrito del interesado, de 18 de septiembre de 2024, adjunta el último informe médico de Atención Primaria del paciente, de fecha 4 de septiembre, denotando su empeoramiento (folios 444 al 446).

El 16 de octubre de 2025, se aporta otro breve escrito en nombre del reclamante, acompañado de informes clínicos del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, denotando que se le han aumentado las horas de rehabilitación asignadas en el centro público, por el aludido empeoramiento. Además, se indica que el paciente ha perdido el sueño, tiene estado de ansiedad, depresión y ha cogido miedo a andar, que está inseguro y que apoya indebidamente el pie izquierdo, por lo que presenta una úlcera de presión. Finalmente, se lamenta que las prestaciones sanitarias públicas sean insuficientes y se indica que la familia no le puede costear tratamientos privados adicionales, que mantuvo durante un tiempo y que aún siguen pagando (folios 448 al 457).

Consta a continuación emitido el informe de la Inspección Sanitaria, de 3 de septiembre de 2025, que tras efectuar el repaso de los hechos acreditados, analizar el “Protocolo de Traslados de Pacientes” del

SUMMA 112 y efectuar diversas consideraciones médicas de aplicación al caso, concluye que, para mantener la seguridad del paciente, conforme a los protocolos aplicables al traslado en ambulancia de los pacientes hemiparéticos, en la Comunidad de Madrid, la silla de ruedas debe estar anclada al suelo e inmovilizada, y que, en este supuesto, al no haberse cumplido tales previsiones, el traslado realizado el 13 de julio de 2023 no se ajustó a las medidas de seguridad exigibles.

Por lo demás, indica que la asistencia sanitaria recibida por el paciente en el Hospital Universitario Infanta Leonor se ajusta, en todo momento, a la *lex artis ad hoc*.

Constan a continuación incorporados datos de asistencias posteriores a agosto de 2023, en Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 468 al 481), con informes de 4 y 22 de diciembre de 2023, en los que indica que, para mantener la seguridad del paciente, se decidió remitirle a Neurorehabilitación, para dispensarle terapia ocupacional, fomentar su independencia y tratamiento de neuropsicología, en el centro concertado.

Además, según consta, ha sido tratado el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en el Servicio de Rehabilitación y aplicándole infiltraciones de toxina botulínica en enero de 2025. Finalmente, consta otro informe del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de 8 de abril de 2025, con la indicación de continuar el tratamiento de rehabilitación.

Sigue en el expediente la emisión de un informe de valoración del daño corporal, a instancias de la aseguradora del SERMAS, de fecha 9 de octubre de 2025 (folio 482 al 489).

El informe precisa que no analiza la praxis médica, y que se atiende a la aplicación de los parámetros contenidos en la Ley 35/2015, de 22 de

septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, a partir de los datos incorporados el expediente y considerando los baremos del año 2023, por ser la fecha del hecho causante.

En cuanto a valoración de las lesiones temporales -todas aquellas que sufre el lesionado desde la fecha de los hechos hasta que se produce la curación o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela, ex. art. 134 Ley 35/2015, de 22 de septiembre-, se consideran y valoran 4 días de perjuicio grave, los de la hospitalización, desde el 13 al 17 de julio de 2023, calculando cada uno a razón de 89,27 € cada día, resultando así un importe de 357,08 € por este concepto.

En cuanto a las secuelas permanente, se indica que no ha quedado acreditado que el paciente sufriera empeoramiento neurológico desde el punto de vista clínico. Además, se tiene en cuenta que ha continuado recibiendo rehabilitación por el SERMAS, hasta al menos el año 2025, por lo que la atención ya estaba cubierta por el servicio público de salud y no se encuentra justificación para proceder al reembolso de las facturas correspondientes al tratamiento en la clínica privada, contratada por el paciente y/o su familia, ni los traslados a la misma.

De otra parte, en cuanto que gasto acreditado, se considera que debe abonarse la reparación del módulo electrónico – el audífono- que se rompió en la caída y que asciende a 173,01 €, conforme a la factura incorporada.

Respecto al llamado “*daño moral autónomo*”, explica el informe que es el que se produce cuando se estima que se haya afectado a la esfera de las condiciones anímicas, espirituales, o a la dignidad de la persona. En el caso que nos ocupa, en el escrito de reclamación se afirma que tras el suceso el paciente presenta mayor miedo a la bipedestación y que ello afecta y su condiciona su autonomía general y deteriora su estado

emocional y el informe indica que todo ello es coherente con la situación vivida, considerando además la situación funcional, neurológica y cognitiva que ya arrastraba el paciente, que facilitó su caída, al no haberse cumplido con las oportunas medidas preventivas durante el traslado.

Añade la debida observancia del principio de reparación integral del daño en materia de responsabilidad patrimonial, conforme a las previsiones del artículo 33 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que alcanza tanto a las consecuencias patrimoniales del daño corporal, como al daño moral asociado a dicho daño corporal, en diversos casos: cuando la puntuación de alguna secuela sea superior a los 60 puntos, o la suma de las concurrentes supere los 80 puntos (art. 105); de forma complementaria al perjuicio estético, cuando este supere los 36 puntos (art. 106); aludiendo a la pérdida de calidad de vida, si hay afectación en la autonomía personal del perjudicado (art. 107) o si la sufren “*de rebote*” los familiares de grandes lesionados (artículo 110), al tener que hacerse cargo de su cuidado; en el caso de la pérdida del feto y, finalmente, caso de fallecimiento.

El informe considera que ninguna de estas situaciones se produce en este caso o, al menos no se ha acreditado y, no obstante, indica que puede considerarse valorar el daño moral asociado a la incertidumbre y al sufrimiento autónomo aludido, dejando por lo tanto al criterio jurídico la determinación de la cuantía correspondiente a dicho concepto, que debería añadirse al *quantum* antes referido.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia al reclamante, constando su efectiva notificación a la representante del reclamante el día 4 de noviembre de 2025.

Mediante el posterior escrito de alegaciones finales, de la misma fecha, se reiteraron las peticiones principales, destacando que no se habían observado las precauciones exigibles al traslado, propiciando que el paciente cayera a la puerta de su domicilio, a pesar de que vive en un bajo, donde siempre le espera un familiar cuando regresa de la terapia, como bien sabían los conductores de las ambulancias que efectuaban el traslado y se afirma que, con ocultación del suceso, trasladaron al paciente al Servicio de Urgencias hospital, sin autorización, ni conocimiento puntual de la familia.

Reiteran el manifiesto empeoramiento del paciente desde entonces, como denota un informe de Atención Primaria que adjuntan, de fecha 29 de octubre de 2025 y que los gastos ocasionados superaron los 30.000 €, financiados con préstamos bancarios que siguen pagando (folios 494 al 500).

Consta a continuación incorporado al procedimiento un escrito de *“recordatorio de deberes legales”*, suscrito por el Defensor del Pueblo, con fecha del 30 de enero de 2026, como consecuencia de la queja formulada por la hermana del paciente, ante la falta de resolución del procedimiento en esa fecha (folio 505).

Tras la breve exposición de los aspectos temporales del procedimiento, el escrito del Defensor del Pueblo recuerda que, tanto el artículo 103 de la Constitución Española como el artículo 3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público-LRJSP-, prevén que la Administración pública sirva con objetividad los intereses generales y actúe con sometimiento pleno a la ley y al derecho, siendo ello esencial para el cumplimiento de los fines de un Estado de Derecho.

Igualmente, destaca que la institución del Defensor del Pueblo se encuentra especialmente vinculada a lo dispuesto en el artículo 17.2,

último párrafo, de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, que la regula, según el cual *“en cualquier caso velará por que la Administración resuelva expresamente, en tiempo y forma, las peticiones y recursos que le hayan sido formulados”*.

En virtud de todo ello, procede a recordar al SERMAS su obligación de resolver expresamente el procedimiento y notificar en forma debida y en los plazos establecidos sus decisiones a los interesados, conforme al artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Además, se solicita al SERMAS información adicional en la que se comunique la resolución adoptada en la reclamación de responsabilidad patrimonial y su correspondiente notificación en forma debida a la representante del paciente.

Finalmente, se formula propuesta de resolución el 12 de febrero de 2026, en la que, con apoyo en el informe emitido por la Inspección Sanitaria, concluye que la asistencia prestada en relación al traslado del 13 de julio de 2023, no fue adecuada a la *lex artis*. En consecuencia, se considera que el daño reclamado resulta antijurídico, proponiendo estimar parcialmente la reclamación formulada, reconociendo el derecho a una indemnización de 5.530,09 €, resultante de la adición a los 530,09 €, cuantificados en el informe de valoración del daño incluido en el expediente, de otros 5.000,00 €, en concepto de daños morales autónomos.

**CUARTO.-** En este estado del procedimiento, la consejera de Sanidad solicitó el dictamen preceptivo a esta Comisión Jurídica Asesora, registrado de entrada el 12 de febrero de 2026, en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial que nos ocupa.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente n.º 95/26 a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida en el encabezamiento.

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.c) 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 (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la 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), al ser la persona directamente afectada por la asistencia sanitaria objeto de reproche.

Actúa representado por su hermana, conforme a una autorización conferida en documento privado. Tal medio de acreditar la

representación no se ajusta a las previsiones del artículo 5.4 de la LPAC, que dispone: “4. *La representación podrá acreditarse mediante cualquier medio válido en Derecho, que deje constancia fidedigna de su existencia.*”

*A estos efectos, se entenderá acreditada la representación realizada mediante apoderamiento apud acta efectuado por comparecencia personal o comparecencia electrónica en la correspondiente sede electrónica, o a través de la acreditación de su inscripción en el registro electrónico de apoderamientos de la Administración Pública competente”.*

Sea como fuere y dado que la Administración sanitaria ha continuado la tramitación del procedimiento, sin reparar en el aludido defecto de acreditación de la representación y, sin embargo, ha interesado innecesariamente la acreditación del parentesco entre el reclamante y su hermana -la representante-, entraremos a conocer del fondo del asunto, sin perjuicio de apuntar que habrá de requerirse a los interesados para que acrediten la representación en forma adecuada, antes de la efectiva resolución del procedimiento.

En cuanto a la legitimación pasiva, le corresponde a la Consejería de Sanidad, de la que depende tanto el SUMMA 112, como el Hospital Universitario Infanta Leonor, cuyas actuaciones se cuestionan.

Por lo demás, como es criterio habitual de este órgano -así se indicó, por ejemplo, en los dictámenes 396/23 de 20 de julio y en el 344/19, de 19 de septiembre-, las actuaciones de los contratistas, como ocurre en este caso con la empresa encargada de los traslados sanitarios, a efectos de la responsabilidad patrimonial resultan también atribuibles a la administración sanitaria madrileña, sin perjuicio de la eventual posibilidad de repetir posteriormente frente a aquellos, a cuyo efecto resulta fundamental que hayan tenido intervención y audiencia en el procedimiento, como ha ocurrido en este caso.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.2 de la LPAC). En el presente caso, el accidente se produjo el día 13 de julio de 2023, y la reclamación fue presentada el 6 de octubre del mismo año, por lo que ha de entenderse formulada dentro del plazo legal.

Respecto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 81.1 de la LPAC se han recabado los informes, de la empresa responsable del transporte sanitario y del SUMMA 112, además de otro informe de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor. Instruido el procedimiento se dio audiencia a los interesados de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, con el resultado expuesto. Finalmente, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 81.2 párrafo segundo de dicha ley, se ha incorporado una propuesta de resolución.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Su desarrollo se contiene en la LRJSP y es completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

Según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de abril de 2016 (recurso de casación 2611/2014), la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas debe reunir los siguientes requisitos:

a) 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 de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-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.

**CUARTA.-** Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente se deduce que, sin la existencia de un daño real y efectivo de quien solicita ser indemnizado, no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración.

Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012 (recurso 280/2009) considera que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

En nuestro caso, el daño que pudiera resultar indemnizable ha resultado debidamente acreditado, pues conforme a lo indicado, el informe del director médico del SUMMA 112, de 22 de diciembre de 2023 reconoce que en el traslado de vuelta desde el Instituto Fundación San José al domicilio de paciente, el 13 de julio de 2023, el paciente sufrió una caída, al bajar de la ambulancia para sentarse en la silla de ruedas, golpeándose en el lado izquierdo, con contusiones en el hombro y una herida en la ceja izquierda.

Además, en el informe de alta del Hospital Universitario Infanta Leonor, del 17 de julio de 2023, figura como juicio clínico que el afectado había sufrido una hemorragia subaracnoidea insular derecha, de causa traumática. Por tanto, de acuerdo con lo indicado, además del daño en sí mismo, está fuera de toda duda que el resultado dañoso resulta imputable al funcionamiento del servicio público del traslado hospitalario, por lo que queda acreditado el nexo causal entre el daño y el referido servicio público.

Respecto de la antijuridicidad, debemos tratar separadamente cada uno de los reproches efectuados.

En cuanto a las circunstancias del traslado efectuado, como destaca la Inspección Sanitaria, resulta fundamental valorar su adecuación o no a los Protocolos de Traslado en Ambulancia de Pacientes Hemiparéticos que, en la Comunidad de Madrid, están regulados por protocolos del SUMMA 112.

Así, con particular referencia a tales protocolos y en lo que afecta a este procedimiento, la Inspección diferencia los siguientes tipos de Transporte Sanitario:

- El llamado “*Transporte Sanitario No Urgente*” que, en el caso de pacientes con movilidad reducida, requiere prescripción médica.

- El “*Transporte Sanitario Asistido*”, referido a pacientes que requieren vigilancia o intervención durante el traslado.

- El “*Transporte Intercomunitario*”, que se previene para traslados entre comunidades y requiere autorización del SUMMA 112.

- El transporte previsto para el caso del “*Código Ictus*”.

También se determina cual deba ser el procedimiento para determinar el tipo de transporte que deba ser empleado, para la categoría de “*Pacientes Neurológicos*”, situación que se daba en este caso, que requiere observar las siguientes pautas, debidamente preestablecidas:

- Evaluación clínica previa del paciente para determinar el tipo de transporte.
- Inmovilización y seguridad durante el traslado.
- Monitoreo, si hay riesgo neurológico.
- Coordinación con el centro receptor.

De otra parte, en materia de requisitos administrativos exigibles, deberá concurrir prescripción médica, con justificación clínica, evaluación periódica para traslados recurrentes y justificación del acompañante, si es necesario.

Finalmente, para garantizar el cumplimiento de todos esos requisitos, se establece que deberá cumplimentarse un formulario, que incluye una “*Lista de Verificación para Traslado en Ambulancia Colectiva (A2)*”, con los siguientes *items*:

- Actuaciones previas al traslado: la verificación anterior al traslado, de la prescripción médica para el transporte no urgente; la confirmación de que el paciente no requiere atención medica continua durante el trayecto; la evaluación de si el paciente puede ir acompañado (por razones clínicas o sociales); la comprobación de que el paciente no presente riesgo de contagio y la necesidad de etiquetar e identificar correctamente al paciente y su destino.
- Actuaciones durante el traslado: asegurar al paciente con cinturón de seguridad; si va en silla de ruedas, verificar que esté anclada al suelo;

mantener distancia adecuada entre pacientes; supervisar el estado general del paciente durante el trayecto y registrar cualquier incidencia o cambio clínico.

- Prevenciones al llegar al destino, deberá: confirmarse la identidad del paciente con el centro receptor, informar sobre el estado del paciente y cualquier incidencia y asegurar la entrega documentada del paciente.

También se recoge cuál debe ser la dotación mínima exigible en el vehículo empleado para los traslados en ambulancia colectiva (A2). A saber: al menos un Técnico en Emergencias Sanitarias; un desfibrilador externo semiautomático (DESA) disponible y operativo; oxigenoterapia portátil y silla de evacuación a bordo.

A la vista de todo ello, en este punto, la Inspección Sanitaria resulta tajante en su conclusión de que, tratándose de un paciente neurológico, con hemiplejía izquierda debido a una hemorragia intracerebral anterior, que además había sufrido previamente otra caída registrada en su historia el 21 de marzo del mismo año 2023 y, dado que tenía programado un traslado ajustado a sus circunstancias, con silla de ruedas anclada al vehículo, el percance no debió suceder, por lo que el daño asociado a la caída resulta antijurídica.

En cuanto al análisis de la asistencia en el Hospital Universitario Infanta Leonor, entre el 13 y el 17 de julio de 2023, el Informe de la Inspección Sanitaria efectúa diversas consideraciones médicas sobre los traumatismos craneales (TC) moderados o leves, indicando que se definen, respectivamente, por una puntuación de Glasgow de 9-13 y los traumatismos leves, por una puntuación de 14-15 y que están producidos por agentes tales como un accidente de tráfico de baja velocidad, caídas o agresiones.

La Escala de Glasgow (GCS) es una escala que permite evaluar el nivel de consciencia, que se utiliza para evaluar la gravedad del estado

neuroológico de los pacientes con TCE y se utiliza en muchos países, debido a que es fácil de aprender y de utilizar. Su cálculo evalúa las respuestas verbal y motora, así como la abertura ocular, con una puntuación que oscila de 3 (coma profundo) a 15 (consciencia normal).

Añade que, en los traumatismos craneales leves, si no hay signos de agravamiento inmediato, la conducta práctica depende de dos factores principales: la pérdida de conocimiento inicial y estado clínico del paciente en el momento del ingreso.

La pérdida de conocimiento inicial no es más que un estado de estupor provocado por el traumatismo y no es indicio de ninguna lesión orgánica. Su presencia es a veces difícil de afirmar en ausencia de un signo fiable; por otra parte, una amnesia del episodio tiene el mismo valor.

Se indica que, en la exploración neurológica se pone un énfasis especial en buscar algún signo de focalización, pero también hay que estar atento a cualquier otro signo «menor»: cefaleas difusas de agravamiento progresivo, vómitos, somnolencia, confusión o desorientación, incluso de baja intensidad.

En asociación con una pérdida de conocimiento, cada uno de estos signos representa una indicación para el TAC craneal de urgencia.

Por otra parte, también esta sistematizada la clasificación de la hemorragia subaracnoidea que se produzca, a partir de los datos resultantes de la tomografía computarizada (escala de Fisher), previéndose las siguientes categorías:

- Grupo 1: no se detecta sangre.

- Grupo 2: depósito difuso o una capa fina de sangre, con todas las capas verticales de sangre (fisura interhemisférica, cisterna insular, cisterna ambiente) < 1 mm de grosor.

- Grupo 3: coágulos localizados o capas verticales de sangre de 1 mm o más de grosor.

- Grupo 4: hemorragia subaracnoidea difusa o no, pero con coágulos intraparenquimatosos o intraventriculares.

Además, el informe de la Inspección explica que, sólo la ausencia segura de una pérdida de conocimiento, además de una exploración neurológica absolutamente normal, permiten autorizar el alta del paciente, si hay quien lo cuide en el domicilio, con la recomendación por escrito de volver de inmediato al Servicio de Urgencias ante el menor problema, de forma que, en este caso, ante la situación de pérdida de conocimiento inicial y dada la situación previa del paciente, se había impensable una hospitalización para el control clínico estricto, dirigido a detectar cualquier signo de agravamiento y que cualquier deterioro secundario del sistema nervioso, incluso mínimo, en el transcurso de ese control (intervalo libre), es una indicación de TC cerebral.

En todo caso, se explica que, en caso de TCE moderado, e incluso leve (GCS >13), el tratamiento consiste en mantener una presión arterial normal y una buena oxigenación, con una SpO2 superior al 95 %. La evaluación neurológica debe repetirse con frecuencia.

En cuanto a la evolución, la vigilancia clínica es un elemento fundamental, sobre todo en los pacientes que presentan un TCE moderado. En ellos, una agravación neurológica obliga a realizar un TAC craneal de urgencia y a solicitar una opinión especializada. La escala de Glasgow, fácilmente utilizable y reproducible es particularmente útil. Para los pacientes con un TCE grave, la administración de sedación

dificulta la vigilancia clínica, por lo que debe completarse mediante vigilancia con pruebas complementarias.

Respecto a la vigilancia con pruebas de imagen, se indica que no tiene interés repetir el TAC craneal de forma sistemática en las primeras 24 horas. Es preferible aplicar una estrategia de pruebas de imagen basadas en la detección de las modificaciones de la vigilancia clínica.

También se indica que, el síndrome postconmocional se refiere a un problema frecuente que puede aparecer tras un traumatismo leve o moderado. Asocia, de forma variable, cefaleas, sensaciones vertiginosas, trastornos de la memoria, dificultades de atención y alteraciones del sueño, que provocan o se asocian a ansiedad o a signos de depresión.

En cuanto a la aplicación de todas esas consideraciones médicas en cuanto al manejo prehospitalario del percance, una vez sucedido (es decir, hasta su llegada al hospital), la Inspección considera que, en el caso que nos ocupa, el conductor actuó con diligencia, pues, tras comprobar que el paciente no había perdido la consciencia, se dispuso a trasladarlo de forma inmediata al Servicio de Urgencias más cercano, que resultó ser el Hospital Universitario Infanta Leonor.

En el referido centro hospitalario, el nivel de consciencia se mantuvo siempre con una escala de Glasgow (15) correspondiente a un traumatismo craneoencefálico leve. Sin embargo, al realizar la prueba de imagen de control, el TAC craneal, se encontró una imagen hiperdensa en la zona cerebral central derecha que podía corresponder a calcificación, secuela de lesión isquémica antigua, aunque también podría responder a la aparición de una hemorragia subaracnoidea debido al traumatismo. Por lo que se decide observación y TAC de control al día siguiente.

Durante ese tiempo, el paciente refería estar bien y, en las exploraciones neurológicas realizadas durante ese día no aparecía focalidad neurológica distinta a la ya existente, previa al traumatismo de ese día 13.

El TAC realizado el día 14 de julio mostró un leve aumento de la hiperdensidad, lo que hacía bascular el diagnóstico hacia la existencia de una hemorragia subaracnoidea, por lo que se decidió nuevamente mantener observación y practicar un nuevo TAC, el día 15. Ese TAC del día 15 mostró una leve disminución de la hiperdensidad, por lo que, tras plantearlo en sesión clínica en el Servicio de Neurocirugía, decidieron el alta, el 17 de julio. Durante este tiempo, el paciente presentó un buen estado general y no apareció ninguna focalidad diferente de la preexistente, por lo que toda la asistencia sanitaria administrada al paciente siguió las recomendaciones de la literatura médica para los casos de TCE leves, según lo antes indicado.

Por todo ello, se concluye que el paciente sufrió un traumatismo craneoencefálico leve, sin repercusión funcional, según establece la adenda del informe médico de alta de Rehabilitación, de agosto de 2023, realizado en la Fundación Instituto San José.

Por lo expuesto, conforme a lo indicado, no resulta admisible efectuar reproches a la asistencia hospitalaria del traumatismo craneoencefálico leve del 13 de julio de 2023.

**QUINTA.-** Establecidas tanto la relación de causalidad como la antijuridicidad del daño producido por la caída del día 13 de julio de 2023, ha de procederse a la valoración del mismo.

Como hemos expuesto, el interesado solicita una indemnización que no cuantifica propiamente, si bien en su escrito de alegaciones finales manifiesta que los gastos ocasionados por la caída superaron los 30.000 €. No desglosa propiamente estas cantidades; aunque aporta

facturas por tratamientos mensuales en una clínica privada, en cuantía superior a 1.000 € y de los traslados a la misma y un préstamo concedido para financiarlos, de 14.000 €. También adjunta la acreditación de la reparación de un audífono.

Además, alega unas secuelas que no concreta, ni aparecen respaldada técnicamente, pues los informes de los especialistas incorporados al procedimiento, determinan que, una vez resuelta la caída, no se manifestaron secuelas adicionales a las que ya presentaba el paciente.

Considerando todo ello, se ha emitido un informe de valoración del daño que valora exclusivamente los cuatro días de ingreso hospitalario, considerándolos como de perjuicio grave, adiciona los gastos de reparación de los audífonos y previene que puede considerarse una indemnización por daños morales autónomos, que es la que el SERMAS ha establecido en la propuesta de resolución, cifrándola en 5.000 € más.

A falta de criterios técnicos médicos solventes adicionales que rebatan la valoración efectuada en el informe incorporado a tal fin a instancia del SERMAS, deberemos estar a sus conclusiones y, por lo demás, solo resta indicar que no se dan las circunstancias que permitan reconocer el reintegro de gastos, al que parece aludir la reclamación, en cuanto a los de la clínica privada contratada, pes en ningún momento se suspensión la asistencia pública y no mediaba urgencia vital. Así pues, resulta extrapolable lo indicado en el dictamen del Consejo de Estado de 5 de diciembre de 2000 (expte. 3098/2000) indica que *“no procede indemnizar a la reclamante por los gastos médicos que ha realizado, fundamentalmente porque, (...), tenía cobertura sanitaria pública, de tal manera que su legítima decisión de acudir a la sanidad privada en modo alguno puede implicar que la Administración deba soportar los gastos por tal motivo sufragados por la interesada. Por lo demás, no consta que haya mediado urgencia vital (en cuyo caso debería haberse articulado la*

*reclamación como un supuesto de reintegro de gastos), ni negativa injustificada al tratamiento en la sanidad pública, razón por la que la interesada debe asumir las consecuencias derivadas de su legítima decisión de acudir a la sanidad privada, pues otra solución implicaría en este caso que, a través del instituto de la responsabilidad, se estuviera incumpliendo la regulación legal relativa a los supuestos en los que, tratándose de personas con cobertura de la sanidad pública, procede abonar los gastos en la sanidad privada”.*

En definitiva, como también ha indicado esta Comisión Jurídica Asesora entre otros muchos en el dictamen 268/21, de 9 de junio, al tratarse de una decisión voluntaria del reclamante, basada en criterios de conveniencia no puede establecerse responsabilidad alguna de los servicios sanitarios públicos derivada de esa decisión.

En consecuencia, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuada la cantidad que figura en la propuesta de resolución, que deberá actualizarse conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP y ello sin perjuicio, en su caso, del derecho de repetición.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la reclamación por responsabilidad patrimonial presentada e indemnizar al reclamante con la cantidad de 5.530,09 €, que deberá actualizarse conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP, a la fecha de la resolución que ponga fin al procedimiento.

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 11 de marzo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 135/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid