

Dictamen n.º: **45/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **28.01.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 28 de enero de 2026, 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 el representante de Dña. ... (en adelante, *“la reclamante”*), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Centro de Atención Primaria de Las Rozas, y en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, por la falta de aplicación del protocolo ictus.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 28 de septiembre de 2023 en el registro auxiliar de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

La interesada indica que el 26 de julio de 2023, a partir de las 20 horas, presentó signos de déficit de atención y falta de respuesta cognitiva normal, no siendo capaz de mantener una conversación con

sus allegados, ni responder a preguntas sobre su estado de salud, siendo únicamente capaz de tocarse la frente y cabeza, dar palmadas o *emitir monosílabos incongruentes como “ya”*.

El escrito señala que los familiares llamaron a su médico del Centro de Salud de Las Rozas, y ante la falta de respuesta adecuada, llamaron a las 21 horas al 112, que les derivó al Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda por un posible derrame cerebral. Se indica que, además, el hijo llamó a su padre (médico intensivista), confirmando el estado de afasia y posible isquemia cerebral.

Según la reclamación, llegaron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro a las 21:30 horas, donde se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) y una analítica de sangre y orina. Además, se le practicó un reconocimiento del estado de mutismo, y su hijo, que era el acompañante, confirmó el estado de afasia.

Refiere la reclamación que la facultativa que les atendió en el Servicio de Urgencias consiguió comunicarse lo suficiente con la reclamante para recabar información sobre una infección de orina sufrida los días previos, hecho corroborado con la analítica realizada en el hospital.

La reclamante señala que el resultado de la TAC no fue concluyente y se indicó al familiar que debía ser valorada por un neurólogo, permaneciendo esa noche en el hospital. Sin embargo, la reclamación señala que ningún especialista fue a examinarla, ni se realizó ninguna otra prueba adicional.

La interesada añade que, durante la madrugada, acudió otro médico del Servicio de Urgencias para comunicarles que los problemas de salud manifestados derivaban de la infección de orina, y que, a pesar

de la insistencia del hijo sobre los síntomas de afasia y mutismo, la doctora insistió en su diagnóstico.

La reclamación afirma que la interesada fue dada de alta a las 8 de la mañana, sin ningún tipo de valoración neurológica, y tras permanecer 24 horas en su domicilio sin ninguna mejoría, los familiares la trasladaron nuevamente al Servicio de Urgencias, momento en el que sí se llamó a un neurólogo y se le realizó otra TAC, con el diagnóstico final de ictus frontal.

La reclamante sostiene que el retraso del diagnóstico le ha generado unas secuelas evitables, porque se perdió un tiempo crucial para que se le aplicara el protocolo ictus.

En consecuencia, insiste en que la asistencia sanitaria prestada le ha ocasionado daños y perjuicios en la salud, además, de un coste adicional derivado de la rehabilitación cognitiva que ha sufragado de manera privada.

Con la reclamación adjunta los informes médicos, y diferentes facturas correspondientes a algunos de los costes abonados de forma privada en hospital y en centros privados de rehabilitación y de neurociencia, así como estimaciones de presupuestos para los tratamientos de recuperación (folios 6 a 28 del expediente administrativo).

Posteriormente, el 5 de octubre de 2023, la reclamante presenta en el registro general de la Comunidad de Madrid, escrito aclaratorio sobre la intervención de su médico de cabecera del Centro Sanitario de Las Rozas, en el que afirma que su médico actuó debidamente, en suma, porque fue contactado fuera de su horario laboral, y aun así, intentó valorar a la interesada, pero al no recibir respuesta clara de la sintomatología por parte de la paciente, insistió adecuadamente en que

se contactara con el 112, recomendación que fue seguida por la familia (folios 46 a 48 del expediente).

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

La paciente, de 71 años en el momento de producirse los hechos, con hábitos tóxicos por ser fumadora de una cajetilla de cigarros electrónicos a la semana y antecedentes sanitarios de hipertensión arterial, por presión diastólica, vértigo posicional paroxístico benigno y síndrome ansioso depresivo, es trasladada por una unidad del Servicio de Urgencia Médica (SUMMA), al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, el 27 de julio de 2023.

El resultado de la exploración, de la TAC y de la analítica de sangre y orina es infección de orina no complicada y se descartan signos de patología intracraneal aguda.

Con fecha 28 de julio de 2023 la reclamante acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, ante la falta de mejoría en el lenguaje y por afasia motora. Tras las primeras pruebas realizadas, se repite la analítica y se realiza una nueva TAC craneal se diagnostica área de infarto establecido (subagudo) en el territorio de la arteria cerebral anterior (ACA) izquierda sin signos de transformación hemorrágica.

Del resto del estudio que se le realiza durante los días que permanece ingresada, destaca la resonancia magnética cerebral que corrobora un hallazgo de isquemia aguda en territorio de ACA izquierda. El 2 de agosto de 2023 recibe el alta por su estabilidad clínica, con diagnóstico de ictus isquémico agudo en territorio de ACA izquierda, siendo su estado en el momento del alta, abulia, inatención, proco lenguaje espontáneo pero adecuada respuesta a preguntas con frases

bien construidas y sin disartria, colaboradora, sin déficit motor, come y camina sola, pero, no obstante, se recomienda supervisión- domiciliaria.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acuerda la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se inicia la instrucción del procedimiento mediante comunicación de 11 de octubre de 2023, notificada el 19 de octubre de 2023 por correo postal, en la que se informa a la interesada del comienzo de la tramitación, de la normativa aplicable y del plazo de resolución, requiriéndola para que aporte copia de la documentación clínica de la asistencia sanitaria privada y de los centros de rehabilitación y neurociencia a los que ha acudido.

La interesada aporta el 25 de octubre de 2023 la documentación requerida; en concreto, remite un informe de Psiquiatría de fecha 31 de agosto de 2023, en el que se propone el inicio de un programa de neurorrehabilitación específico, de 1 sesión semanal de rehabilitación neuropsicológica y una sesión de logopedia, procediéndose a la reevaluación del mismo en el plazo de tres meses por si fuera necesario hacer modificaciones. Adjunta también un informe evolutivo del instituto privado de rehabilitación del mes de septiembre de 2023 -sin especificar día-, en el que se indica que la paciente acudió el 7 de agosto de 2023, tras sufrir un ictus isquémico subagudo de ACA izquierda el 28 de julio de 2023, diagnosticado a raíz de una TAC realizada tras 36 horas de ausencia de lenguaje coherente. El informe destaca el desarrollo de la paciente desde el 21 de agosto al 8 de septiembre de 2023, con tres sesiones por semana de rehabilitación a nivel cognitivo, psicológico y conductual.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, consta también el informe del Centro de Salud de Las Rozas (folios 50 y 51), en el que el médico de familia expone su atención personalizada, incluso fuera del horario laboral, tanto a la paciente, como a la familia, desde el 26 de julio de 2023 a las 23 horas hasta su ingreso el 28 de julio de 2023, solicitando rectificación de las afirmaciones vertidas en la reclamación.

La jefa del Servicio de Neurología emite informe el 9 de octubre de 2023 en el que tras describir el proceder de los médicos de urgencias el 27 y 208 de julio de 2023, destaca que no se solicitó asistencia sanitaria del Servicio de Neurología en ningún momento, siendo la paciente dada de alta el 28 de julio.

Asimismo, el 30 de octubre de 2023 el jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro emite informe sobre la asistencia sanitaria prestada a la reclamante (folios 170 al 174 del expediente), en el que, en suma, defiende la asistencia prestada la primera vez que acude al servicio porque, a la vista de las pruebas que se le realizaron a la paciente, el diagnóstico de infección de orina es ajustado a los resultados, sin que se considere necesario contactar con el Servicio de Neurología. Añade que *“dos días después acude de nuevo con déficit neurológico más abigarrado en el lenguaje, detectándose una lesión isquémica en tac craneal. No se puede garantizar que haber realizado la interconsulta a Neurología, con prueba de imagen normal y un foco infeccioso documentado, hubiera evitado el alta”*.

Consta en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 16 de julio de 2025, que califica la asistencia sanitaria prestada contraria a la *lex artis*, en síntesis, porque considera inadecuado el inicial diagnóstico del Servicio de Urgencias que calificó la sintomatología de la paciente como propia de una infección de orina, sin

tener en cuenta el resto de síntomas *“que deberían haber alertado y al menos, deberían haber mantenido a la paciente en observación, sin emitir el alta hospitalaria”*.

La aseguradora del SERMAS emite dictamen de valoración del daño corporal (VDC) con fecha 23 de septiembre de 2025, y determina una indemnización a favor de la reclamante, teniendo en cuenta el baremo médico de la Ley 35/2015, fecha de tarificación del hecho causante correspondiente al año 2023, y para el cálculo del importe de la indemnización, la calculadora del programa UNESPA/TIREA, por importe a 25.040,30 euros según el siguiente desglose:

- Lesiones temporales por perjuicio particular: por 55 días moderados (61,89 euros/día), y por 5 días graves (89,27 euros/día): 3.939,57 euros.

- Por secuelas: 21.100,73 euros, constituidas por el perjuicio básico psicofísico, 18.125,09 euros, y el perjuicio particular, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, 2.975, 64 euros.

El 3 de octubre de 2025 se dicta comunicación por la que se informa del trámite de audiencia a la interesada, siendo notificada el 14 de octubre, sin que conste en el expediente escrito de alegaciones de la reclamante.

Finalmente, con fecha 22 de diciembre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, formula una propuesta de resolución que estima parcialmente la reclamación formulada, concediendo una indemnización de 25.040,30 euros, por considerar probada la relación de causalidad entre el daño alegado y la asistencia sanitaria cuestionada.

CUARTO.- El 13 de enero de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 20/2026 a la letrada vocal Dña. Yolanda Hernández Villalón, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión señalada 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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo

artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), por cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en centros integrados en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

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 el presente caso, la asistencia contra la que se reclama se presta el 27 de julio de 2023, mientras que la reclamación se presenta el 28 de septiembre de 2023, formulando la solicitud dentro del plazo legal previsto en el artículo 67.1 de la LPAC.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe del médico de familia del centro de salud de Las Rozas, del Servicio de Urgencias y del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Puerta de Hierro implicados en el proceso asistencial de la reclamante, y también ha emitido informe la Inspección Sanitaria, observándose la previsión del artículo 81.1 de la LPAC. Posteriormente, se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones de conformidad con el artículo 82.1 de la LPAC, y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido

ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por 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”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- La reclamante reprocha en su escrito que hubo una demora en el diagnóstico de un ictus, lo que impidió la aplicación del protocolo correspondiente en las primeras veinticuatro horas del episodio, sufriendo unas secuelas que entiende podían haberse evitado o minimizado.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la lesión y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis*.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando*

pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*. Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento.

En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más 28/35 indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

En ese sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017), dice: *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que*

determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Ciertamente, no es exigible realizar otras pruebas que las que a la vista de la sintomatología y características de la paciente sean recomendables, sin que resulte procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en la llamada “*prohibición de regreso*”. En efecto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

En este caso, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que ha existido un retraso en el diagnóstico que supone una vulneración de la

lex artis, y que impidió aplicar el “Código ictus”, que hubiera mitigado las secuelas del episodio.

Esta Comisión Jurídica Asesora atribuye especial valor a la opinión de la Inspección Sanitaria, siguiendo el criterio de las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), y de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023) al señalar que: *“se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)”*.

El informe de 16 de julio de 2025 de la Inspección Sanitaria afirma que *“no se instauró el Código Ictus desde el principio, pero se derivó a la paciente a Urgencias hospitalarias, donde después de una exploración y de la realización de pruebas complementarias, se centraron en un diagnóstico basado en la analítica de orina, sin tener en cuenta la presencia de otros síntomas, que deberían haber alertado y al menos, deberían haber mantenido a la paciente en observación, sin emitir el alta hospitalaria.*

Cuando la paciente regresó al día siguiente, no sólo no había mejorado, sino que había empeorado, y en ese momento, sí se realizó el diagnóstico correcto, aunque ya en ese momento, la paciente no era tributaria del tratamiento más adecuado, y, por tanto, no se pudieron evitar las secuelas que acompañan a un ictus sin tratamiento”.

Además, consta en el expediente el informe de la valoración del daño corporal realizado por el perito del seguro del SERMAS fechado el 23 de septiembre de 2025 que procede a *“valorar las consecuencias que el posible error ha podido provocar que, en este caso ha sido un retraso en el diagnóstico del carcinoma del ictus que presentaba. No se activó el*

Código Ictus en Urgencias, y el retraso diagnóstico motivó la pérdida de oportunidad de tratamiento revascularizador del ictus agudo.”

En consecuencia, ha quedado acreditada la vulneración de la *lex artis* y el consiguiente retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la patología sufrida por la reclamante.

QUINTA.- Procede examinar el importe de la indemnización.

La reclamante solicita una indemnización en cuantía indeterminada y aporta documentación de algunos de los gastos que dice ha asumido:

- Costes pagados en el hospital privado por la asistencia psiquiátrica a la paciente: 173,65 euros.

- Costes por sesiones de psicología y de rehabilitación en centro privado, 120 euros y 450 euros, respectivamente, así como facturas por los servicios de neuropsicología (52 euros).

También se hace referencia a presupuestos de tratamientos funcionales y neurológicos para recuperar la funcionalidad, pero no constan en el expediente las correspondientes facturas, por lo que no pueden incluirse para cuantificar la indemnización.

Por otro lado, el informe de la aseguradora del SERMAS sobre valoración del daño corporal reconoce a la recurrente 25.040,30 euros por los siguientes perjuicios y secuelas:

- Lesiones temporales 3.939,57 euros

Perjuicio particular: 3.939,57 euros (Días moderados 55 x 61,89 euros/día; Días graves 5 x 89,27 euros/día)

- Secuelas 21.100,73 euros

Perjuicio básico 18.125,09 euros, correspondientes a 16 puntos por perjuicio psicofísico.

Perjuicio particular 2.975,64 euros. Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida leve.

Trasladada la valoración a la reclamante en el trámite de audiencia, no consta la presentación de alegaciones u oposición al importe reconocido por la aseguradora del SERMAS.

En el presente caso, como hemos expuesto, la reclamante solicita la reparación de todos los daños que se le han ocasionado y la propuesta de resolución cuantifica en 25.040,30 euros los daños y perjuicios irrogados, importe a actualizar en el momento procedimental oportuno, siguiendo el criterio del informe de valoración del daño corporal, emitido a instancias de la aseguradora del SERMAS, en virtud 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, cantidad que endentemos adecuada, pues de la prueba obrante en el expediente no puede determinarse la pérdida de expectativas de la paciente por el retraso en el diagnóstico.

A la citada cantidad ha de añadirse el importe de las referidas facturas que constan en el expediente (173,65, 120 euros, 450 euros, y 52 euros), por lo que la cantidad de la indemnización asciende a 25.835,95 euros, sujeta a la actualización prevista en el artículo 34.3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada, correspondiendo a la reclamante una indemnización de 25.835,95 euros, importe que debe actualizarse, en virtud del 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 28 de enero de 2026

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 45/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid