



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 20 de mayo de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 14 de abril de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 22 de abril de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 351/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Con fecha 16 de septiembre de 2005, tiene entrada en la Gerencia de Salud de Área de xxxxx y xxxx1 una reclamación de indemnización de Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada. La reclamante, de 53 años de edad, considera que los servicios médicos de la Seguridad Social incurrieron en un error, al no diagnosticarle una pleoplasia de colón transverso estenosante; solicita una



indemnización de 12.115,49 euros, que corresponden a los gastos desembolsados por la atención sanitaria recibida desde la medicina privada por los siguientes conceptos:

- Honorarios médicos por consulta, ecografía hepática, exploración física, colonoscopia e informe, la cantidad de 300 euros.
- Honorarios por estancia en la Clínica hhhh1 para resección de colón, quirófano, gastos de farmacia, análisis, curas y anestesiología, 2.755,49 euros.
- Honorarios médicos por la intervención, 9.000 euros.
- Por factura de citología, 60 euros.
- Por intereses, daños y perjuicios morales, 6.000 euros.

Acompaña a su escrito informes médicos de la sanidad pública y de la medicina privada y diversas facturas correspondientes a la asistencia recibida en la Clínica hhhh1.

Segundo.- Dña. xxxxx, nacida el 28 de septiembre de 1951 y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamientos habituales, acude el día 27 de marzo de 2005 al servicio de Urgencias de su Centro de Salud por vómitos alimenticios acompañados de "retortijones" abdominales. No presenta fiebre, ni alteración del hábito intestinal y en la exploración el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa y no se aprecian masas ni megalias.

La impresión diagnóstica es la de cuadro de gastroenteritis aguda y como tratamiento se indica dieta y reposos relativo, rehidratación oral, control por su médico de atención primaria y si empeorase acudir de nuevo a Urgencias. Al día siguiente la paciente acude a su médico general, que consigna en la historia el diagnóstico de gastroenteritis aguda y extiende baja laboral, realizándose también actividades preventivas de cáncer de mama y de útero, remitiendo a la paciente al ginecólogo para su despistaje.



El día 30 de marzo de 2005, acude al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx, refiriendo el inicio de un cuadro de vómito alimenticio, vomitado el Primperan con el que está a tratamiento, habiendo sufrido un episodio similar, autolimitado, hacía tres días. Refiere, también, dolor abdominal tipo retortijón y última deposición durante la tarde, de características normales y poca cantidad. En la exploración se encuentra consciente, orientada y colaboradora, con un buen estado general, normocoloreada y bien hidratada, eupneica en reposo. La auscultación cardiaca es rítmica a 70 latidos/minuto, la auscultación pulmonar esa normal. El abdomen es blando, globuloso y depresible, con dolor difuso a la palpación profunda. Finalmente en el tacto rectal la ampolla rectal está vacía.

Se solicita interconsulta con el Servicio de Cirugía, que señala que se trata de una paciente con dolor abdominal tipo cólico, sin alteraciones del tránsito intestinal, con abdomen blando, depresible y doloroso en hipogastrio donde parece palpase una masa. En el tacto rectal la ampolla se encuentra vacía y en cara anterior rectal, a unos 8-9 cm. del margen anal, parece palpase una masa extraluminal, por lo que se indica la valoración por el Servicio de Ginecología.

La paciente pasa a un BOX de urgencias de ginecología, siendo valorada por esta especialidad. En la historia se señala que la enferma es remitida desde Urgencias Generales por dolor abdominal, vómitos y sospecha de masa abdominal, llevando 4 días con dolor en hipogastrio; no presenta metrorragias ni fiebre, no presenta antecedentes de interés y no realiza revisiones ginecológicas. En la exploración abdominal se aprecia una tumoración en hipogastrio en fosa iliaca derecha de unos 6-7 cm. móvil. En la exploración ginecológica los genitales externos son normales, el cuello se aprecia sano al tacto, muy en la cara anterior y sin poder visualizarse con el espéculo, el útero está en retroversión y se detecta una masa que impronta hasta el Douglas. En la exploración eco gráfica abdominal se aprecia un útero de 123x81 mm. con endometrio de 17,5 mm. y formación de 106x73 mm., compatible con mioma uterino o tumoración abdominal a estudio. Se señala en la historia la existencia de leucocitos elevado con desviación izquierda en la analítica, analítica que también presenta descenso de cifras de hemoglobina y de valores de sodio y cloro, si bien mínimo en este último. Se solicitan de marcadores tumorales, que resultarán negativos, y la paciente queda ingresada en Planta de Ginecología.



El 1 de mayo de 2005 la enferma continúa con vómitos y dolor abdominal siendo solicitado estudio ecográfico. El mismo día se realiza ecografía transvaginal y abdominal que es informada con útero miomatoso pediculado de 87x78, irregular y con calcificaciones. El cuerpo uterino, que está en retroversión, se encuentra repleto de miomas intramurales subserosos, uno intramuscular, todos con calcificaciones, midiendo en su conjunto 115x100 mm. El endometrio es irregular encontrándose en 2ª fase. Se observa ovario izquierdo de 43 mm con imágenes compatibles con quiste de ovario, no se ve ovario derecho y no existe líquido libre. La impresión diagnóstica del estudio es la de útero polimiomatoso.

El día 2 de mayo de 2005 la paciente continúa vomitando, no habiendo realizado deposición, por lo que es dejada en dieta absoluta. Se solicita estudio analítico urgente y radiología simple abdominal en bipedestación. La radiología es valorada durante la tarde apreciando niveles hidroaéreos por lo que se coloca sonda nasogástrica. Al día siguiente se encuentra afebril presentando peristaltismo abdominal, en la exploración se aprecia un útero en retroversión, elevado de tamaño como gestación de 18 semanas; en el tacto rectal se aprecian heces en ampolla rectal y tumoración externa que comprime recto casi hasta ocluido. La impresión diagnóstica es la de suboclusión intestinal por útero miomatoso y como planificación se solicita estudio preoperatorio para histerectomía y doble anexectomía. En este día se inicia tolerancia a la alimentación con dieta blanda. Al día siguiente, la enferma continúa con vómitos y comienza con diarrea, siendo dejada en dieta absoluta y solicitando interconsulta con el Servicio de Cirugía.

El día 5 de mayo de 2005 se realiza consulta preanestésica por el Servicio de Anestesia del Hospital de xxxxx, que considera que la paciente puede ser anestesiada con un riesgo A.S.A II, indicando como medidas que se intente mejorar el equilibrio iónico preoperatorio.

El día 6 de mayo de 2005, se prueba tolerancia oral al agua (es tolerada) y al día siguiente se retira la sonda nasogástrica siguiendo con tolerancia a dieta líquida sin que se presenten vómitos.

El día 9 de mayo de 2005 se informa la interconsulta por el Servicio de Cirugía General, señalando que se palpa un efecto masa en hipogastrio compatible con útero miomatoso, sin vómitos ni deposición en 2 días y sí



emisión de gases. La intervención quirúrgica se realiza el día 10 de mayo de 2005 bajo anestesia general encontrando un útero polimiomatoso con numerosos miomas intramurales, subserosos y pediculados, aumentado de tamaño como una gestación de 14 semanas; destacando un mioma en cara posterior, intramural de 70 mm. y otro pediculado en cara anterior de unos 80 mm. Se realiza histerectomía subtotal con conservación de cuello y doble anexectomía. Los tejidos extirpados son remitidos a estudio por Anatomía Patológica que confirma diagnósticos de leiomiomas uterinos (12), endometrio proliferativo, cuerpo lúteo quístico en ovario derecho y endocervix sin alteraciones. De esta intervención existe en la historia documentos de consentimiento informado firmados por la paciente, tanto para la de anestesia como para la intervención realizada.

La evolución postoperatoria es favorable, introduciéndose dieta blanda el día 13 de mayo de 2005, retirándose el 16 la mitad de los agrafes. El alta hospitalaria se produce el 17 de mayo de 2005, con el diagnóstico de útero polimiomatoso.

La paciente tiene programada una consulta con ginecología en el Centro de Especialidades Periféricas de hhhh2 el día 24 de mayo de 2005, a la que no se presenta.

Acude el 8 de junio de 2005 al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxxx por vómitos y dolor en hemiabdomen inferior de horas de evolución, pasando a un Box de ginecología. Se recogen antecedentes personales y se realiza exploración ginecológica en la que se encuentra normalidad en genitales externos, cuello y cúpula vaginal, el abdomen resulta doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior y la cicatriz de laparotomía se encuentra en buen estado. Se realiza estudio eco gráfico transvaginal cuyo resultado es de cuello aparentemente normal, no se visualizan masas, las asas del intestino se encuentran algo dilatadas y no se observa líquido libre. La conclusión diagnóstica es la de no objetivación de patología ginecológica urgente en la actualidad, programando revisión con ginecología el día 29 de junio de 2005; la paciente pasa a urgencias generales.

En urgencias generales se recoge la referencia de dolor abdominal y vómitos desde la mañana de ese mismo día, dolor continuo y sin irradiación, hábito intestinal normal (última deposición el mismo día de consulta), no



presentando fiebre ni síndrome miccional. La paciente viene remitida desde Urgencias Ginecológicas donde, tras exploración y estudio ecográfico, no encuentran patología ginecológica. Como antecedentes personales se señalan los de histerectomía subtotal más doble anexectomía y encontrarse en tratamiento con Lactoferrina. La exploración física general es normal y en la exploración abdominal se aprecia un abdomen blando, depresible, doloroso en meso e hipogastrio y ambas fosas iliacas con Blumberg +, Murphy - y peristaltismo conservado. Se realiza estudio de radiología de abdomen -en el que se aprecia aire y heces hasta ampolla rectal- y de tórax, en el que no se aprecian alteraciones. Se pauta tratamiento analgésico con el que la paciente evoluciona favorablemente, encontrándose asintomática y queriendo el alta. La impresión diagnóstica es la de abdominalgia inespecífica; como plan se establece observación domiciliaria, control por médico general y si empeorase, tuviese fiebre o presentase otra sintomatología acudir de nuevo al Servicio de Urgencias.

El día 29 de junio de 2005 pasa revisión en consulta externa de ginecología, señalándose en la historia clínica que se encuentra bien, se anota la confirmación de los liomas y cuerpo lúteo en la anatomía patológica y en la exploración se encuentra una cicatriz en buen estado y un cuello pequeño que se visualiza, produciéndose el alta definitiva.

En la reclamación se aporta documentación clínica generada en el ámbito de la medicina privada, que incluye un informe médico emitido el 19 de julio de 2005, en el que se señala que la paciente acude por primera vez a consulta el día 11 de julio de 2005 relatando haber sido operada dos meses antes de mioma uterino por vía media infraumbilical. Sus molestias habían debutado con un cuadro de suboclusión intestinal y posteriormente no se ha resuelto todo el de suboclusión y continúa con náuseas, vómitos, distensión abdominal y dolores, habiendo perdido 7 kilos durante este tiempo; ha acudido a urgencias en alguna ocasión diagnosticándola de abdominalgia inespecífica y ante la progresión del cuadro decide consultar con ellos. En la exploración se aprecia un abdomen abombado y se palpan asas intestinales dilatadas siendo dolorosa la palpación de manera difusa. La ecografía hepática no muestra alteraciones y en una radiología simple de abdomen se aprecia distensión de asas, fundamentalmente del colon con nivel líquido al 50 % lo que sugiere una suboclusión. Se le realiza colonoscopia, observando en colon transverso una lesión vegetante que ocupa toda la circunferencia y estenosa la luz, dura,



sangrante que se fotografía y biopsia. Con diagnóstico de neoplasia de colon transverso estenosante y de acuerdo con la paciente se decide su ingreso con carácter inmediato en un centro privado, en el que se interviene el 14 de julio de 2005. En la intervención se aprecia una lesión dura, estenosante que ocupa la totalidad de la luz que rodea el meso, que se encuentra adherido a dicha lesión, realizándose una hemicolectomía derecha ampliada. En la descripción macroscópica del estudio histológico se señala la existencia de una lesión exofítica que ocupa la totalidad de la circunferencia de la luz intestinal, estenosante y marcadamente indurada, con ulceración en el centro y un diámetro máximo de 5 cm., que infiltra todas las capas de la pared sin rebasarlas microscópicamente. El diagnóstico final es el de adenocarcinoma de colon bien diferenciado que asienta sobre adenoma tubulovelloso que infiltra todas las capas de la pared alcanzando puntualmente la grasa subyacente y que no metastatiza a ninguno de los 19 ganglios aislados, respetando márgenes quirúrgicos (estadío B de Dukes). En el informe emitido se señala que debe ponerse en contacto con el Servicio de Oncología para establecer tratamiento complementario si precisa.

El día 4 de agosto de 2005 la paciente es consultada en el Servicio de Oncología del Hospital de xxxxx; se recogen antecedentes de la intervención realizada y del estudio histológico siendo clasificado el tumor como adenocarcinoma de colon pT3NOMO, sin factores de mal pronóstico y que no precisa tratamiento complementario, pautando como actitud revisiones en cirugía y seguimiento, siendo dada de alta en este Servicio.

Tercero.- Al expediente administrativo se incorpora la siguiente documentación:

- Informe de fecha 10 de octubre de 2005 del Jefe de Servicio de Ginecología del Hospital de xxxxx.
- Informe del Jefe de Servicio de Cirugía de fecha 15 de noviembre de 2005 del Hospital de xxxxx.
- Informe emitido por la Inspección Médica el 3 de abril de 2006.
- Informe de la compañía aseguradora de la Administración sanitaria, de 10 de mayo de 2006.



Cuarto.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante, presenta el 14 de julio de 2006 un escrito de alegaciones en el que reitera sus pretensiones.

Quinto.- Con fecha 19 de febrero de 2008, la Dirección General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud emite propuesta de resolución de carácter desestimatorio.

El Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria, mediante escrito de 7 de marzo de 2008, por entender que no existe el error de diagnóstico alegado de contrario, y considerar que la actuación de la Administración Sanitaria ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, no estando justificado el acudir a la medicina privada por un funcionamiento anormal de la Administración.

Sexto.- El 19 de marzo de 2008 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las



Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso destacar negativamente que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en la parte interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:



a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, 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 razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia 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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.



6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Es necesario destacar en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

En el presente caso, la reclamante alega en su escrito de reclamación que ha recibido una deficiente asistencia sanitaria en el centro de salud al no serle diagnosticada la dolencia que padecía.

Conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones. Así, en Sentencia, entre otras, de fecha 5 de junio de 1998, ha declarado que el "concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo -y así ocurre en el presente caso- se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal.

»El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada. La doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es



adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar.

»Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

La cuestión se centra, por tanto, en determinar si la asistencia sanitaria prestada ha sido o no correcta.

En este sentido se puede citar la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1996, en la que se mantiene, respecto a un posible error de diagnóstico, que “dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia, (...) en tal supuesto, se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica”.

Tal y como hace constar en su informe la Inspección Médica, “El diagnóstico que se realiza en el Servicio de Ginecología durante el ingreso de mayo de 2005 de útero miomatoso, es un diagnóstico que cuenta no sólo con evidencia clínica, sino que se apoya en pruebas complementarias de imagen y se confirma anatomopatológicamente. Estos miomas estaban causando un efecto masa que comprimía el recto con lo cual era uno de los factores que estaba contribuyendo al síndrome suboclusivo de la paciente, resultando de su extirpación la resolución de la clínica momentáneamente. Por todo ello el procedimiento diagnóstico y terapéutico llevado a cabo por Ginecología se considera correcto, situación que no sería así en caso de que a pesar de la



histerectomía no hubiese mejorado la clínica obstructiva intestinal que hubiese obligado a la búsqueda diagnóstica de otras causas, situación que no ocurrió en el presente caso”.

Respecto al diagnóstico del Servicio de Urgencias de 8 de junio de 2006, conviene señalar -como manifiesta el Informe de Inspección Médica- que el “Servicio de Urgencias Hospitalario, no es un dispositivo asistencial concebido para llegar a un diagnóstico etiológico de todo paciente que acude a él, sino para realizar lo más rápido que sea posible un diagnóstico sindrómico que permita discernir aquellos procesos que requieran una atención inmediata por comprometer la vida o función del individuo e iniciar la cadena terapéutica de los mismos”. Continúa señalando el citado informe, considerando correcta la actuación seguida, que “en el presente caso el motivo de consulta de la paciente es un dolor abdominal, la conclusión diagnóstica de abdominalgia inespecífica a la que se llega no puede considerarse que sea un diagnóstico urgente erróneo”, indicando que “es un diagnóstico sindrómico de una paciente que acude a urgencias por un cuadro de vómitos y dolor abdominal, a la que en las exploraciones y pruebas complementarias urgentes no se le encuentra una causa que requiera una asistencia inmediata e inaplazable que haga preciso su ingreso en ese momento, cuadro que se resuelve con el tratamiento inicial que se le aplica y por el que se indica control por su médico general, quien sería el encargado de orientar su proceso diagnóstico”. También señala el citado informe que no se acudió a su médico general, quien debía orientar el proceso diagnóstico, concretando que “las consultas las citas de atención primaria tras esta consulta en urgencias son sólo administrativas”.

La decisión de la reclamante de acudir después a la sanidad privada no puede justificarse en el hecho de que la asistencia recibida fuera incorrecta, tal y como pone de manifiesto el Informe de Inspección Médica.

Asimismo, en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora se señala que “De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir que todos los profesionales que atendieron a la paciente en el ámbito de la Sanidad Pública lo hicieron de manera correcta de acuerdo con la *lex artis*”.

Por tanto, debe entenderse que la asistencia recibida por la Sanidad Pública fue correcta, en atención a los síntomas que presentaba, tal y como se



mantiene en el informe de la Inspección Médica y en el emitido a instancia de la compañía aseguradora.

Por último, debe hacerse un breve análisis sobre si estaba justificado o no que la reclamante acudiera a la medicina privada. Al respecto debe señalarse que tampoco resulta probado que se trate de una asistencia sanitaria de carácter urgente, inmediata y vital, que pueda dar lugar no ya a una indemnización de daños y perjuicios, como tal, sino al derecho al reintegro de los gastos médicos ocasionados en la medicina privada, en los términos contenidos en el artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

El Tribunal Supremo ha tenido ocasión de manifestar que los usuarios de los servicios del sistema sanitario público no tienen derecho a elegir entre la medicina privada y la pública, al recordar que la obligación asistencial tiene unos límites coherentes con los principios de eficacia, igualdad en los servicios prestados y limitación de medios, en un sistema de proyección a una cobertura de vocación universal. Acudir a la medicina privada tiene carácter excepcional, a justificar por el beneficiario ante los Tribunales, quienes deberán proceder con criterio cauteloso, a fin de evitar conceder el reintegro de cantidades devengadas por cuidados médicos en clínicas privadas, los que pudieron ser prestados en instituciones de la Seguridad Social, que disponen de medios técnicos y humanos muy cualificados, siendo éstos marginados o dejados de la lado, en la mayoría de las ocasiones, en base a decisiones arbitrarias o por intereses profesionales, o de excesivo -aunque humanamente comprensible- afán familiar de agotar todo tipo de posibilidades terapéuticas. En este sentido se pueden citar, entre otras, las Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de diciembre de 1988 y la del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 14 de octubre de 1997.

En el caso sometido a dictamen, no cabe sino destacar el hecho de que la paciente no acude a medicina general, tal y como se le recomienda en el Servicio de Urgencias, acudiendo voluntariamente, un mes más tarde, a un centro privado. No existe, pues, denegación de asistencia y tampoco acude posteriormente a la Sanidad Pública, tras el diagnóstico de neoplasia de colón transversal efectuado en el centro privado.



Tal y como pone de manifiesto en su informe la Inspección Médica, la paciente no agotó las posibilidades terapéuticas cuando decidió acudir a la medicina privada; es más tal y como refleja el mencionado informe "que el diagnóstico de la patología padecida se hubiese realizado en el ámbito de la medicina privada no suponía el que no se hubiese podido acudir al Servicio Público de Salud para que por éste le fuese administrado el tratamiento que precisaba. En este sentido, en el informe privado se señala que el ingreso hospitalario se hace de acuerdo con la paciente, no constando que esta asistencia fuese solicitada y denegada por este Servicio Público. Tampoco se está ante un supuesto en que reiteradamente se hubiese acudido a los servicios sanitarios manifestando una clínica que hubiese sido desatendida o reiteradamente atribuida a otra entidad patológica. Por todo lo cual se puede considerar que la decisión de acudir a la medicina privada resulta ser una decisión voluntaria".

En definitiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, cabe entender que ha existido una asistencia sanitaria ajustada a los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de la Administración el abandono de los servicios públicos sanitarios señalado por la interesada y, en consecuencia, el daño cuyo resarcimiento se pretende, procediendo, por ello, desestimar la reclamación de la interesada.

Todo ello sin negar, obviamente, el legítimo derecho de la paciente a acudir a la sanidad privada, en cuyo caso las consecuencias económicas de tal decisión no pueden ser trasladadas, sin más, a la Administración titular del servicio sanitario público.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

presentada por Dña. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital de xxxxx.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.