



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sr. Sobrini Lacruz, Consejero y
Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 14 de marzo de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx*, 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 1 de marzo de 2018 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio de Oftalmología en el Hospital hhh1 de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite en esa misma fecha se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 92/2018, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Sobrini Lacruz.

Primero.- El 12 de agosto de 2014 Dña. xxxx, de 61 años de edad en el momento de los hechos, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños y perjuicios producidos por la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Oftalmología del Hospital hhh1 de

xxxx1, que concreta en un retraso entre el diagnóstico y el abordaje quirúrgico de hemovítreo de ojo derecho y en otro retraso posterior respecto a una segunda cirugía, a consecuencia del desprendimiento de retina, que decidió hacerse finalmente de forma privada.

Expone en su escrito que el 9 de enero de 2014 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital hhh1 de xxxx1 por presentar una hemorragia en el ojo derecho donde se le diagnosticó hemovítreo de ojo derecho y se la citó en el Servicio de Oftalmología para el día 14 de enero. El 22 de enero se solicitó el estudio pre anestésico y el ingreso en lista de espera con carácter preferente. El 30 de enero se realizaron las pruebas de estudio pre anestésico en el Hospital hhh2. El 25 de febrero recibió una llamada telefónica del Servicio de Endocrinología preguntando el medicamento que tomaba para el tratamiento de su hipotiroidismo, indicándole que debía rebajar la dosis. El 3 de marzo se recibieron en la secretaría de Oftalmología del Hospital hhh1 las pruebas del estudio pre anestésico. El 13 de marzo se realizó la intervención quirúrgica. Tras sucesivas revisiones, el 10 de abril acudió al Servicio de Urgencias por una pérdida de campo visual del ojo derecho donde se le diagnosticó desprendimiento de retina. Se le propuso para una vitrectomía, cerclaje e implante de lente correctora para el día 24 de abril. El 11 de abril solicitó una segunda opinión en la clínica privada hhh3 donde se le aconsejó la intervención quirúrgica lo más urgente posible, que se realizó ese mismo día con resultado satisfactorio. El 15 de abril solicitó la anulación de la lista de espera de ingreso y revisión en el Servicio de Oftalmología del Hospital hhh1 de xxxx1.

Solicita una indemnización de 6.300 euros que se corresponde con los gastos satisfechos en la medicina privada y se acreditan con las facturas de la clínica oftalmológica hhh3 presentadas con posterioridad.

Adjunta copias de los informes de la asistencia sanitaria recibida.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica de la paciente, informe del Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital hhh1 de xxxx1 e informe de la Inspección Médica, de 12 de diciembre de 2016, que concluye, tras el estudio del historial clínico de la paciente y de la literatura médica aplicable, que "la actuación de los profesionales sanitarios que atendieron a la paciente se ajustó en todo momento a la *lex artis*, que la demora que alega la reclamante en el tratamiento se encuentra dentro de los límites

considerados normales por la bibliografía, no observándose negligencia ni mala práctica ni desatención en la asistencia sanitaria por lo que propongo el sobreseimiento y archivo de actuaciones, no procediéndose al reintegro de los gastos ocasionados en la medicina privada”.

Tercero.- Consta en el expediente escrito de 17 de noviembre de 2017, del Jefe de Servicio de Inspección, que comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Cuarto.- Concedido trámite de audiencia a la reclamante, presenta alegaciones en las que se ratifica en lo expuesto en su reclamación inicial y aporta un informe de valoración del daño corporal en el que se concluye que “No existe mala praxis de ningún facultativo, tan sólo un período injustificable de espera excesivamente largo para la patología que presentaba la paciente, los riesgos que presentaba, y por tanto se trata de una situación de urgencia que debería asumir el sistema público de salud”.

Quinto.- El 10 de enero de 2018 la Inspección Médica emite informe en el que mantiene lo señalado en su informe de 12 de diciembre de 2016.

Sexto.- El 31 de enero de 2018 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Séptimo.- El 13 de febrero de 2018 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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.i),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de

marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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, ambas normas aplicables en el presente caso *ratione temporis*.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (12 de agosto de 2014) hasta que se formula la propuesta de orden (31 de enero de 2018). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, pues se presentó el 12 de agosto de 2014 y los gastos de la clínica privada por los que reclama han tenido lugar en abril y mayo de ese mismo año.

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.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, 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 la 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.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico– cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual “a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida”.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, la reclamante alega un funcionamiento anormal del servicio público, al existir una demora excesiva

desde que se le diagnóstica e incluye en lista de espera y se procede al abordaje quirúrgico de hemovítreo de ojo derecho, y otra demora posterior respecto de una segunda cirugía, por lo que se ha visto abocada a acudir a la medicina privada que le ha originado unos gastos que son objeto de la presente reclamación.

En primer lugar procede analizar el primer retraso alegado, lo que supone examinar si los perjuicios derivados de esta demora, motivada por la lista de espera, son o no indemnizables, es decir, si, en este caso concreto, soportar o no una lista de espera constituye o no un daño antijurídico.

En este sentido, la Sentencia de 29 de febrero de 2008, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Sala de Valladolid), señala lo siguiente:

“Sobre las denominadas listas de espera, cuya existencia ha de considerarse inevitable, la [Sentencia de la Audiencia Nacional] de 24 de noviembre de 2004 recoge su doctrina -que compartimos- comenzando por citar la Sentencia del Tribunal Supremo, Sección 6ª, de 24 de septiembre de 2001, que declara que `Ello no obsta para dar la razón a la parte recurrente cuando afirma que los medios de la Administración no pueden ser ilimitados. Nadie pretende tal cosa. Ni respecto de la Administración sanitaria, ni respecto de ninguna otra. El llamado régimen "de cola" es criterio -alumbrado de antiguo- que inspira la interpretación aplicativa de la regulación jurídica de los servicios públicos en general, y del servicio público sanitario, en particular. La disponibilidad de medios personales y materiales es siempre limitada, y con ello hay que contar (...). No se trata, pues, de exigir a la Administración que disponga de medios ilimitados -lo que sería antijurídico por ir contra la naturaleza de las cosas y hasta contra el mismo sentido común- sino de probar que los medios materiales y personales disponibles, dentro del sistema estaban operativos y ocupados en atender a pacientes que habían entrado antes en el sistema por ocupar un puesto anterior en la cola´. Posteriormente la [Sentencia de la Audiencia Nacional] que venimos citando reproduce la suya de 31 de mayo de 2000, señalando que `para la prestación del servicio sanitario la Administración tiene un deber de puesta de medios, pero dispone de unos medios materiales y humanos limitados, medios que gestiona y con los que tiene que atender, en función de la organización sanitaria cierto número de beneficiarios. En este contexto la llamada lista de espera es una realidad en sí

jurídica y como tal tiene su previsión legal. Así se deduce, por ejemplo, del artículo 16.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en relación con el artículo 28.2 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, sobre Hospitales gestionados por el Insalud; también se refleja en la Orden Ministerial de 1 de marzo de 1999 o en el acuerdo 4º de la Resolución de 26 de octubre de 1998; es más, algunas normas autonómicas regulan esa realidad como es la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, o la Ley 2/1989, de 1 de abril, del Servicio Aragonés de Salud.

»Que desde la juricidad (sic) de la lista de espera y al margen del reintegro de gastos, en centros privados, cabe entender que serán daños jurídicos, luego existe el deber jurídico de soportarlos, los que se refieran a las molestias de la espera, precauciones y prevenciones que hay que tener en tanto llega el momento de la intervención, la desazón que implica o la rebaja que esto suponga en calidad de vida por controles o vigilancia del padecimiento hasta la operación. Por contra el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que sin llegar a anular, sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada', declarando la [Sentencia del Tribunal Superior de Justicia] de La Rioja, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sentencia de 27 de mayo de 2004, que 'En principio debe indicarse que el Sistema de Asistencia Sanitario Público tiene unos recursos limitados que implican la necesidad de existencia de lista de espera, y en principio esta circunstancia no genera responsabilidad patrimonial, siempre y cuando dicha espera deba considerarse razonable y adecuada, para lo cual deberá de atenderse a las circunstancias concretas de cada caso'. (...)'.

En relación con los plazos máximos de las listas de espera, el artículo 11 del Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas programadas en el Sistema de Salud de Castilla y León, modificado por el Decreto 29/2012, de 26 de julio, establece que "Los plazos máximos de espera serán los establecidos en el Real Decreto 1039/2011 de 15 de julio, para las intervenciones quirúrgicas programadas que en el mismo se relacionan con la excepción de la cirugía oncológica y cirugía cardiaca no valvular que serán de 30 días naturales".

El artículo 4 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de junio dispone al respecto:

“1. En el anexo se recogen los tiempos máximos de acceso, garantizados a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas que se han seleccionado aplicando los siguientes criterios:

»a) Gravedad de las patologías motivo de la atención: Patologías que en su evolución posterior originan riesgo de muerte o de discapacidad o disminuyen de forma importante la calidad de vida.

»b) Eficacia de la intervención: La intervención quirúrgica es eficaz para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida del usuario.

»c) Oportunidad de la intervención: Su realización temprana evita la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma.

»2. Los servicios de salud de las comunidades autónomas concretarán en su ámbito territorial las garantías previstas en este real decreto, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidos las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario”.

Las intervenciones que se recogen en el Anexo del Real Decreto 1039/2011 son cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla, para las que se prevé un tiempo máximo de acceso de 180 días naturales.

El día 22 de enero de 2014 la paciente fue incluida en la lista de espera con carácter preferente para una intervención de hemovítreo de ojo derecho, catarata, que tuvo lugar el 13 de marzo de 2014. El informe del Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital hhh1 de xxxx1, de 29 de agosto de 2016, señala que “La indicación se le codificó como preferente en la hoja de inclusión con el fin de agilizar la consulta pre anestésica.

»El Servicio de Oftalmología no recibe los datos de la pre anestesia hasta que esta no se ha completado. No es pues responsabilidad de este servicio la demora en la consulta pre anestésica ni el retraso en las pruebas o petición de interconsulta realizados a otros servicios. La demanda de esta consulta se encuentra de forma habitual muy saturada.

»No obstante, una vez recibida la misma, la programación no tuvo una demora superior a ocho días laborables haciéndose coincidir con la disponibilidad del primer quirófano de retina asignado al Dr. (...) que era el facultativo que había seguido a la paciente y la persona idónea con experiencia en cirugía vítreo-retina para abordar este caso.

»La intervención quirúrgica de vitrectomía con extracción de catarata fue practicada de forma correcta y el procedimiento transcurrió sin complicaciones, consiguiéndose la reapiación de la retina”.

En el supuesto objeto de dictamen, es cierto que existía una lista de espera que generaba retrasos en la programación, pero esto no implica que en este caso se generara un retraso injustificado, pues, como se ha señalado, se respetaron los plazos de espera recogidos para la intervención de cataratas en el Anexo del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, pues no se sobrepasaron los 180 días naturales establecidos como máximo. El informe de la Inspección Médica señala que el retraso en la intervención se debió a la necesidad de realizar el preoperatorio y el reajuste del tratamiento en el Servicio de Endocrinología. La intervención resultó satisfactoria y la paciente fue atendida continuadamente en los días posteriores, completando el tratamiento con láser en múltiples sesiones.

En relación con el retraso de la segunda intervención quirúrgica por desprendimiento de retina, por la que la reclamante se vio obligada a acudir a una clínica privada donde fue intervenida el 11 de abril de 2014 y cuyos gastos son objeto de la presente reclamación, procede analizar si se está ante un supuesto de urgencia vital.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone en su artículo 4.3: “La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y

servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero”.

El concepto de urgencia vital no está relacionado únicamente con la noción de peligro de muerte, sino con la pérdida funcional de un órgano que impida al que sufre el daño valerse por sí mismo para todos los actos de la vida cotidiana de una manera definitiva, por lo que precisa necesaria e irremediablemente de la asistencia de otra persona.

En el presente caso no existe esa urgencia vital, puesto que no se ha acreditado que las dolencias sufridas fueran irreversibles y de una gravedad extraordinaria que le impidiesen valerse por sí misma. Tampoco existe una derivación por parte de los facultativos del Sistema Nacional de Salud a la sanidad privada, ni queda probado el hecho de que acudir a la medicina privada fuera la única alternativa de curación con la que contaba la paciente ante la falta de diligencia de la sanidad pública prolongada en el tiempo.

El informe del Jefe de Servicio de Servicio de Oftalmología señala que “Con fecha 10 de abril acude a urgencias con un desprendimiento de retina y se le indica la reintervención, informándole que se le programará en el menor plazo posible, según la disponibilidad de quirófanos de retina que ya están programados, intentando la disponibilidad del mismo cirujano que conoce el caso.

»El período del tiempo habitual para programar un desprendimiento de retina en este Servicio, donde la programación quirúrgica está habitualmente configurada con una semana de antelación, no supera los siete días ya que se da preferencia a los desprendimientos de retina. Esto exige desprogramar otros procesos que puedan diferirse. Evidentemente no pueden

desprogramarse pacientes con desprendimiento de retina que han ingresado y que están programados con anterioridad.

»Las hemorragias en el vítreo no van siempre asociadas a desprendimiento de retina. En este caso las exploraciones realizadas mediante ecografía B no aportaron nunca evidencia de desprendimiento de retina. Las hemorragias en el vítreo pueden reabsorberse total o parcialmente y ello implica que el procedimiento quirúrgico puede ser más sencillo y en algunos casos puede no requerir tratamiento quirúrgico.

»Aunque el desprendimiento de retina es considerado una patología urgente, no está admitido que su tratamiento quirúrgico deba ser realizado de forma urgente (dentro de las primeras 24 horas) sino preferente y dándole prioridad sobre otros procesos diferibles. Estudios recientes han demostrado que un período que puede ir desde siete a diez días para realizar la intervención quirúrgica, los resultados anatómicos y funcionales son similares en los pacientes programados para una cirugía en ese plazo como en aquellos donde se realizó de forma urgente. No hay estudios que hayan demostrado específicamente que operar rápidamente logra mejores resultados (...)

El desprendimiento de retina sufrido por la paciente es un riesgo derivado de la intervención de hemovítreo de ojo derecho, el cual figuraba en el documento de consentimiento informado, debidamente firmado por la paciente. El 10 de abril de 2014, cuando la interesada acude al Servicio de Urgencias se la incluye en lista de espera para programar la intervención a la mayor brevedad posible. La propia paciente, quizá por desconfianza para evitar una demora que esperaba similar a la anterior, acudió el 11 de abril a un centro privado en busca de una segunda opinión, donde fue operada inmediatamente. El 16 de abril la paciente recibe una llamada telefónica en la que se le indica que la cirugía en el Hospital hhh1 de xxx1 queda programada para el día 22 de abril.

De acuerdo con lo expuesto en el informe del Jefe del Servicio de Oftalmología, a diferencia de lo señalado en el informe aportado a instancia de parte, que considera que dado los antecedentes que presentaba la paciente se estaba ante un supuesto de urgencia vital, pues era necesario realizar la intervención lo más pronto posible para intentar impedir la pérdida de visión permanente, no hay estudios que hayan demostrado específicamente que operar rápidamente logre mejores resultados.

El informe de la Inspección Médica señala, por su parte, que "la rapidez con la cual es necesario realizar la cirugía depende de la localización y de la magnitud del desprendimiento. Estudios recientes han demostrado que los resultados anatómicos y funcionales son similares en las intervenciones realizadas en las primeras 24 horas y las realizadas 7 a 10 días después. (...)".

El tratamiento que se efectuó en la clínica privada es el mismo que se habría propuesto, como así se intentó, y realizado en el Servicio de Oftalmología del Hospital hhh1 de xxx1, actuación que se habría acomodado a los plazos recomendados para una cirugía de desprendimiento de retina.

Así pues, la reclamante no ha logrado acreditar que existiese deficiencia en la asistencia sanitaria que le fue prestada, puesto que todas las actuaciones que se llevaron a cabo en la sanidad pública fueron las correctas según la patología que presentaba y no se concreta el empeoramiento desde que se le incluyó en la lista de espera hasta que se le practicó la intervención quirúrgica en un centro privado, la cual resultó satisfactoria, y no le privó de posibilidades de curación sin secuelas. Por tanto, la decisión de acudir a la medicina privada fue libremente adoptada por la paciente, sin que se hubiese visto obligada o abocada a ello por el tratamiento dispensado en la sanidad pública.

Tal y como manifiesta numerosa jurisprudencia, en nuestro sistema sanitario no existe derecho de opción entre la sanidad pública y la privada, teniendo ésta carácter excepcional, lo que se tiene que justificar por el beneficiario ante los tribunales quienes deberían proceder con criterio cauteloso para evitar conceder el reintegro de unas cantidades devengadas por cuidados médicos que pudieran prestarse en instituciones de la Seguridad Social que disponen de medios técnicos y humanos cualificados.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio de Oftalmología en el Hospital hhh1 de xxxx1.

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