



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero
Sra. Ares González, Consejera
Sr. Herrera Campo, Consejero y
Ponente

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 22 de febrero de 2022, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. yyy1*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 563/2021

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 23 de diciembre de 2021 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 D. yyy2 y D. yyy3, en nombre y representación de Dña. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxx1.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 29 de diciembre de 2021, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 563/2021, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de este, 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. Herrera Campo.

Primero.- El 12 de diciembre de 2017 D. yyy2 y D. yyy3, en nombre y representación de Dña. yyy1, presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración autonómica, debido a los daños y perjuicios sufridos por esta a consecuencia de la incorrecta asistencia sanitaria que le fue prestada.



Exponen que su representada, de 55 años de edad en el momento de los hechos, sufrió una fractura de cadera tras una caída accidental el 26 de agosto de 2016. Fue intervenida quirúrgicamente el 31 de agosto siguiente por el Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial de xxx1, practicándosele la "implantación de una prótesis total de cadera izquierda". Fue dada de alta el 5 de septiembre, y se programó cita para revisión en un mes.

Señalan que "Durante el postoperatorio y a pesar de seguir tratamiento rehabilitador (...), la evolución de la paciente era tórpida, sufría importantes dolores y apenas caminaba con dificultad. Tras un estudio radiológico se objetivó que la paciente sufría una disimetría de 3 cm. entre ambas extremidades.

»Ante esta situación, los médicos tratantes decidieron tomar una actitud expectante y explicaron a la paciente que debía adaptarse a la nueva situación. Además, como posibilidad terapéutica y siempre que la cadera derecha manifestara algún problema, podrían someterla en el futuro a una cirugía de compensación. Dicho de otro modo, acortarían la pierna derecha para igualarla con la izquierda. (...).

»Fueron reiteradas las ocasiones en las que la paciente acudió junto con su marido al centro hospitalario donde fue intervenida para hablar con el Dr. (...), Jefe del Servicio de Traumatología, en búsqueda de una solución para su problema. Sin embargo, la respuesta siempre fue que no había solución posible y le dieron el alta.

»(...) En estas circunstancias, [la paciente] buscó la opinión de otros especialistas de la sanidad privada. Concretamente a la Clínica hhh2, donde sus facultativos del Servicio de Traumatología le realizaron un estudio radiológico a través del cual se percataron de que la prótesis que portaba era demasiado grande, lo cual era el origen de su dolor, dificultad para andar y disimetría. Además de lo anterior, la disimetría a fecha 6 de marzo de 2017 (6 meses y medio después de la cirugía) era de 3,4 cm. (...).

»Así las cosas, el 29 de marzo de 2017 se le realizó a la paciente una cirugía de recambio de la prótesis por una "echelon cementado R3 de Smith Nephew", permaneciendo ingresada hasta el día 2 de abril de 2017, fecha en la que recibió el alta hospitalaria.

»(...) Tras la meritada operación, la disimetría se ha reducido a 1,5 cm y [la paciente] cumple de forma estricta y escrupulosa un plan de

rehabilitación diseñado por los facultativos de la Clínica hhh2, pero ello no ha conseguido evitar que tenga que ser intervenida por tercera vez.

»En el informe de 3 de noviembre de 2017, firmado por el Dr. (...), se señala `Presenta atrofia glútea izda. Lleva alza de 1,5 cm [...] se ofrece a la paciente cirugía para cambiar la cabeza protésica por una más larga que compense la disimetría residual´”.

Consideran incorrectas las siguientes actuaciones médicas: 1) La cirugía practicada estaba contraindicada, ya que lo adecuado era la fijación de la fractura mediante material de osteosíntesis (clavos), alternativa de la cual no se informó a la paciente; 2) La prótesis implantada en la cirugía no era la correcta, lo que supone una mala praxis; y 3) Se produjo un abandono terapéutico por los servicios de la sanidad pública, por el que la paciente se vio obligada a abandonarla y buscar una solución fuera de ella.

Alegan que las secuelas derivadas de este proceso (importante disimetría y perjuicios estéticos y dinámicos) le han supuesto el reconocimiento de un grado de discapacidad del 40 % por Resolución de 7 de abril de 2017, si bien no cifran la indemnización reclamada al no poder cuantificar todos los daños y perjuicios (incluidos los económicos y los morales) por falta de estabilización de las lesiones y estar aún pendiente de la nueva cirugía.

Se adjunta a la reclamación el poder general para pleitos, documentación relativa a la baja por incapacidad temporal y al grado de discapacidad reconocido, diversos informes médicos y documentación clínica, facturas de la clínica privada, de la ortopedia, y de gastos de zapatería derivados de la secuela que padecía.

Posteriormente, el 6 de julio de 2018 se aporta resolución de la directora provincial del INSS de 21 de marzo anterior, por la que se demora la calificación de la incapacidad permanente por un plazo máximo de seis meses.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la Historia Clínica de la reclamante, informes del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de 26 de enero de 2018 y de la Unidad de Rehabilitación de 16 de agosto de 2018, y un informe de la Inspección Médica de 28 de febrero de 2019, todos ellos desfavorables a la reclamación.

Tercero.- El 14 de febrero de 2019 los reclamantes presentan un escrito en el que solicitan información sobre el estado del procedimiento, al que se da contestación el 5 de marzo siguiente.



Cuarto.- El 10 de abril de 2019 el Servicio de Inspección y Evaluación de Centros de la Gerencia Regional de Salud considera preciso “incorporar al expediente copia en formato digital (CD o DVD) de las pruebas de imagen realizadas a la paciente en el proceso objeto de la reclamación”, e insta a requerir a la reclamante para que “aporte copia de las pruebas radiológicas que le fueron realizadas en el curso de la asistencia privada prestada en la Clínica hhh2, conforme refiere en su reclamación, así como de la documentación clínica de la asistencia privada recibida”.

Consta la remisión de las pruebas realizadas en los hospitales de xxx1 y de xxx2 (donde fue atendida en un primer momento, por sufrir en aquella ciudad la caída origen de la factura), así como la aportación de documentación clínica y facturas de la clínica privada por la reclamante.

Quinto.- El 26 de marzo de 2020 se emite, a instancia de la aseguradora de la Administración, un informe médico pericial por un médico especialista en traumatología y ortopedia, en el que se concluye que la actuación sanitaria se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Sexto.- Mediante escrito de 26 de abril de 2021 se concede trámite de audiencia a la reclamante, y el 12 de mayo, tras ser solicitado, se le remite el expediente administrativo y se le concede nuevo plazo para realizar alegaciones.

El 24 de junio presenta un escrito en el que manifiesta la imposibilidad de cifrar aún la indemnización, si bien apunta a que la cantidad reclamada superará los 50.000 euros.

Séptimo.- El 4 de noviembre de 2021 la reclamante aporta “radiografías realizadas por el servicio de urgencias del Hospital hhh3 el 26 de agosto de 2016, consistente en una Rx AP y Axial de Caderas por fractura subcapital izquierda (...) y una Rx de tórax (...)”, y afirma que “el visionado de las mismas ratifica (...) que la cirugía realizada a la paciente no estaba indicada”.

Octavo.- El 26 de noviembre de 2021 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación planteada.

Noveno.- El 1 de diciembre de 2021 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden.

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 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

No obstante, debe reprocharse el excesivo tiempo transcurrido desde que se presentó la reclamación (12 de diciembre de 2017) hasta que se formula la propuesta de orden (26 de noviembre de 2021); en particular, llama la atención la inexplicable paralización del procedimiento durante más de un año desde la emisión del informe médico pericial (26 de marzo de 2020) hasta la concesión del trámite de audiencia (26 de abril de 2021). Tal dilación constituye, no solo un claro incumplimiento del plazo máximo de seis meses para dictar y notificar la resolución, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, sino también una infracción 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 así como los principios de actuación establecidos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP).

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes

obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- Concurren en la interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC, y está acreditada su representación. 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 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la LRJSP, a la que además se remite el artículo 81 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 solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo 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 este 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 (recogida, entre otras, por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 21 de mayo de 2018, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre



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".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, los reclamantes califican de incorrectas las siguientes actuaciones médicas: 1) la cirugía practicada, por estar contraindicada dada la situación de la paciente; 2) la elección de la prótesis implantada en la cirugía, que no fue correcta y le causó una disimetría de 3,4 centímetros; y 3) el abandono terapéutico por los médicos de la sanidad pública tras la cirugía practicada.

Ya se adelanta que este Consejo comparte el criterio desestimatorio de la propuesta de orden, puesto que de los informes obrantes en el expediente resulta que la atención prestada a la paciente en la sanidad pública fue conforme a la *lex artis ad hoc*, y que los gastos abonados al centro médico privado son consecuencia de una decisión libre y voluntaria de la interesada, que por ello no puede constituir un daño antijurídico.

1) Sobre la cirugía practicada.

Los reclamantes alegan que la cirugía estaba contraindicada, ya que lo adecuado era la fijación de la fractura mediante material de osteosíntesis, alternativa de la cual no se informó a la paciente, vulnerándose así su derecho.

Sin embargo, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en afirmar que la cirugía practicada (artroplastia total de cadera) era la técnica adecuada a la situación de la paciente, y descartan la osteosíntesis.

Sobre esta última opción, el informe del Servicio de Traumatología de 26 de enero de 2018 argumenta que con ella "se pretende la consolidación y conservación de la estructura anatómica, pero no está exenta de complicaciones, como la falta de unión de la fractura y la osteonecrosis de la cabeza femoral.

»La falta de unión requiere nueva osteosíntesis con aporte de injertos para favorecer la formación de callo fracturario, a veces si fracasa, finalizando como último recurso con implantación de una artroplastia total de

cadere. La osteonecrosis de la cabeza femoral abocaría indudablemente también a una artroplastia total de cadera.

»Hay que considerar que las no uniones, se detectan entre los tres y seis meses, pero la osteonecrosis de la cabeza femoral, entre meses, o a veces varios años, de media 2 años desde el traumatismo, en ambos casos precisarían de una nueva cirugía o cirugías.

»Esto implica una prolongación en el tiempo, sufrimiento e incapacidad funcional/laboral para el paciente, finalizando con el implante de una artropatía total de cadera.

Por ello, concluye la adecuación de la técnica utilizada en este supuesto, artroplastia total de cadera biológica, y que su elección se fundamenta en "El tipo de fractura y en elegir el método que pueda proporcionar a la paciente una resolución definitiva de su fractura, con una alta tasa de supervivencia del implante a largo plazo (porcentajes en el entorno del 85-90% de supervivencia de este tipo de artroplastias biológicos a 20 y 15 años) y con las menores tasas de reintervenciones, que se comunican con otros tratamientos".

A su vez, el informe de la Inspección Médica comparte el mismo criterio, y afirma en sus conclusiones lo siguiente:

"2) Al ingresar en Hospital hhh1 se evalúa o reevalúa de nuevo por el equipo médico del servicio de Traumatología y se confirma el diagnóstico de fractura intracapsular de fémur.

»En una primera valoración radiológica de urgencia se tipifica como fractura tipo I de Garden, si bien posteriores pruebas de imagen que fueron realizadas Rx/TAC permitieron comprobar que se trataría más de una fractura Garden tipo II, Pawels II.

»3) En este tipo de fracturas, el análisis de diferentes variables (edad, trazo fractuario, verticalidad con mayor o menor riesgo de desplazamiento o necrosis cefálica) y otras consideraciones contribuyen a la decisión terapéutica.

»Para ello se tiene en cuenta los antecedentes médicos de la paciente, como es la existencia de fracturas anteriores, la osteopenia de años de evolución y la evolución de la misma a osteoporosis. Sigue tratamiento médico por ello.



»La decisión de uno otro tipo de cirugía se valora individualmente en función de las citadas circunstancias singulares y específicas del caso, tal y como se indica en las consideraciones. En este caso la valoración y criterio profesional del equipo quirúrgico indicó, como mejor opción, la realización de una artroplastia total de cadera. El método elegido busca proporcionar a la paciente una resolución definitiva de la fractura con una alta tasa de supervivencia del implante a largo plazo (el 85-90 % a 20 y 25 años)”.

Por ello, concluye la Inspectora que “El modelo de implante, artroplastia total de cadera, con componentes no cementados que faciliten la osteointegración de los componentes protésicos, es el indicado de acuerdo a la edad, valoración de la estructura ósea, etc.”.

Del mismo parecer es el informe médico pericial de la Aseguradora de la Administración, cuando manifiesta que si bien la osteosíntesis y la prótesis son opciones de tratamiento en estas fracturas, en este caso se trató como una fractura patológica por los antecedentes de osteoporosis que presentaba la paciente; y que “El tratamiento protésico es el tratamiento habitualmente utilizado en fracturas desplazadas, fracturas sobre artrosis de cadera y complicaciones (necrosis avascular-pseudoartrosis). Estas complicaciones se presentan en el 20 % de estas fracturas”. Por ello se decidió tratamiento protésico: “para asegurar el resultado de la cirugía y evitar posibles complicaciones secundarias a la osteosíntesis”.

Las coincidentes consideraciones anteriores permiten concluir que la cirugía practicada fue la correcta y la indicada para las circunstancias concretas que presentaba la paciente. Aunque existen tratamientos distintos para una fractura de cadera, la valoración de la praxis médica no debe atender solo al análisis teórico general y en abstracto de las opciones científicas disponibles, sino sobre todo a la situación clínica y antecedentes de la misma. Y, a la vista de los informes emitidos en el procedimiento, la situación previa de la paciente fue determinante para la elección de una u otra técnica, y conllevó que, por los motivos expuestos, la técnica indicada fuera la artroplastia total de cadera.

Consecuentemente con todo lo anterior, la paciente firmó el documento de consentimiento informado para la cirugía que estaba indicada (artroplastia total de cadera), y recibió información sobre el procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones. Por tanto, no se aprecia tampoco el déficit de información alegado.



2) Sobre la elección de la prótesis implantada en la cirugía.

Los reclamantes consideran que esa elección no era la correcta, ya que le ocasionó a la paciente una disimetría de 3,4 centímetros, lo que resulta inadmisibles, teniendo en cuenta que la jurisprudencia considera que este riesgo potencial es tolerable si no supera los 2 o 2,5 centímetros, pero que "cuando se trata de 3 o más centímetros `obedece a una mala praxis médica´".

Frente a esta argumentación, el informe del Servicio de Traumatología señala que "la disimetría es fundamentalmente debida a una hipometría preexistente tibial izquierda de 2 cm, en consecuencia, deducimos que, en el peor de los casos, el implante hubiese podido crear una mayor disminución de la longitud de la extremidad izquierda, que valoramos en 1 cm. En estas mediciones habría que descontar la magnificación radiológica de aproximadamente el 20 %, por tanto la hipometría no sería de 1 cm sino de 0,8 cm"; inferior por tanto a los 2,5 centímetros que apunta la reclamante, por lo que no puede considerarse mala *praxis*.

Tal patología preexistente, unida a la hipometría producida realmente por la cirugía, impide apreciar la mala *praxis* médica alegada por la reclamante.

Por otra parte, el informe de la Inspección Médica recuerda que se trata además de una complicación recogida de forma expresa en el documento de consentimiento informado, que contempla como "consecuencia segura" el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida. También explica que "La bibliografía existente ratifica que se trata de una complicación frecuente. Existen estudios realizados que refieren que el 8 % de los pacientes presenta un acortamiento, el 0,5 % no presenta disimetría y el 90,6 % un alargamiento, aunque lo más común es que no sean mayores a 1 cm de longitud, por lo que no son relevantes para causar problemas".

También pone de manifiesto la Inspección Médica que "La aparición de una disimetría está condicionada no solo por la cirugía (técnica quirúrgica, tipo de prótesis, recuperación funcional, etc.) si no, también, por factores preexistentes entre los que se destaca la existencia de una disimetría previa y/o factores intrínsecos relacionados con las características, de mayor o menor calidad, de la masa ósea del paciente". Y afirma que "las disimetrías que se producen por mala calidad de la masa ósea, lo hacen de forma lenta y si no alcanzan un determinado umbral, lo habitual es que pasen desapercibidas para el propio paciente, ya que se van desarrollando mecanismos de compensación. El propio paciente lo

desconoce y no lo refiere en los antecedentes, lo que hace que no sea valorado, máxime ante una situación que precisa atención urgente”.

Finalmente, el informe médico pericial, después de realizar una amplia exposición de esta materia, concluye que “Según la documentación aportada, la disimetría real secundaria a la artroplastia de cadera fue inferior a 2 centímetros en todas las mediciones y registros. El manejo inicial de este acortamiento en el SACYL fue el alza compensatoria y la rehabilitación. El tratamiento es correcto”.

3) Sobre el alegado abandono terapéutico de la paciente por la sanidad pública, que le obligó a acudir a la medicina privada.

El Servicio de Traumatología considera que la paciente fue debidamente asistida durante el proceso: recibió el alta hospitalaria el 5 de septiembre de 2016, indicándole el tratamiento a seguir, recomendaciones para la asistencia por su médico de atención primaria, indicaciones por parte del Servicio de Rehabilitación, etc.; la primera revisión se realizó al mes del alta (5 de octubre), con control radiológico satisfactorio, herida quirúrgica en buen estado, se le indicó retirar la HBPM y retirada progresiva de bastones; y acudió a consultas sucesivas el 24 de noviembre y 21 de diciembre de 2016 y el 5 de abril de 2017. “En la valoración clínica se identifica una disimetría de aproximadamente 3 cm. que se confirma con estudios telerradiográficos y que se corrige, aconsejando alza de 2,5 cm”.

El informe de la Inspección Médica afirma que la paciente siguió los controles ajustados al protocolo de actuación, por su médico de atención primaria, por el Servicio de Rehabilitación y por el Servicio de Traumatología. Indica que “El seguimiento protocolario de control los pacientes intervenidos suele realizarse a los 3 meses, al año, 2 años y 5 años. En este caso se realizaron revisiones con una frecuencia mucho mayor para seguir la evolución”.

Tales circunstancias permiten concluir que el seguimiento de la paciente fue adecuado y que no se produjo el abandono terapéutico alegado.

La Inspección Médica expone que, entre los tratamientos conservadores y los más intervencionistas para estas complicaciones, el Complejo Asistencial de xxx1 “comenzó con el tratamiento protésico, reservando el quirúrgico como última opción. Por el contrario, la Clínica hhh2 apostó por la cirugía de sustitución. En ambos casos se trata de decisiones adoptadas dentro del criterio facultativo”.

En todo caso, resulta relevante añadir que, como apunta la Inspección Médica y corrobora el informe médico pericial, la paciente acudió "a la Medicina privada para tratamiento quirúrgico en el seguimiento por traumatología del SACYL. La cirugía realizada en la Clínica hhh2 en el mes de marzo de 2017 tampoco fue exitosa.

»Hemos analizado los estudios radiológicos aportados de la Clínica hhh2 de 10-4-2017, 26-5-2017 y 4-8-2017. Se confirma un alargamiento femoral de 5 mm del fémur izquierdo. Según la documentación, el alargamiento conseguido tampoco fue tolerado por la paciente. El módulo de cuello colocado en esta cirugía fue el mismo que el colocado en la cirugía del mes de agosto en el SACYL.

»El tratamiento basado en el alza compensatoria y la rehabilitación por parte del SACYL corresponde al tratamiento recomendado en las bibliografías para el manejo de estas disimetrías generadas tras la artroplastia de menos de 2 cms".

De acuerdo con ello, y a la vista de los datos e informaciones obrantes en el expediente remitido, ha de concluirse que la asistencia prestada en la sanidad pública fue conforme a la *lex artis*, sin que se aprecie un funcionamiento anormal o deficiente del servicio público sanitario, conclusión que, por otra parte, no resulta desvirtuada con la documentación obrante en el expediente.

Resulta patente, a la vista de los informes y de la documentación clínica, que la paciente (que inicialmente seguía un tratamiento protésico en la sanidad pública) optó libremente por prescindir de él y acudir a la medicina privada, que le ofreció inicialmente un tratamiento quirúrgico, no protésico. Por tanto, en ningún momento puede hablarse de asistencia deficiente, desatención o error de diagnóstico por parte del servicio público sanitario.

Tal y como mantiene la jurisprudencia, en nuestro sistema sanitario no existe derecho de opción entre la sanidad pública y la privada, posibilidad que tiene carácter excepcional y que el beneficiario tiene que justificar ante los tribunales, quienes deben proceder con criterio cauteloso para evitar conceder el reintegro de unas cantidades devengadas por cuidados médicos que podrían haberse prestado en instituciones del sistema público de salud que disponen de medios técnicos y humanos cualificados.



En conclusión, debido a la falta de relación causal entre los daños alegados por la reclamante y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, la reclamación debe desestimarse.

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 D. yyy2 y D. yyy3, en nombre y representación de Dña. yyy1, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxx1.

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