

Expediente Núm. 126/2019
Dictamen Núm. 269/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 19 de noviembre de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de mayo de 2019 -registrada de entrada el día 29 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños morales y los gastos derivados de la pérdida de confianza en el sistema sanitario público, que le abocó a la medicina privada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de septiembre de 2018, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños morales y los gastos derivados de la pérdida de confianza en el sistema sanitario público.

Expone que el 12 de julio de 2017, "al llevar varios días con hipo", acudió a su centro de salud, donde se le prescribió "Largactil" y la realización de una radiografía que no arroja "hallazgos patológicos agudos". Señala que el 14 de julio de 2017, tras cuatro días con hipo continuo y "notar un empeoramiento al intentar hablar", acude al Servicio de Urgencias del Hospital, donde se le efectúa la oportuna exploración, se llevan a cabo pruebas analíticas, se pauta un refuerzo en la medicación que tomaba, se solicita un TAC y se le remite al Servicio de Medicina Interna.

Manifiesta que por persistir el hipo vuelve el 17 de julio nuevamente a su centro de salud, donde el facultativo que le atiende considera conveniente una "valoración de ingreso para estudio hipo + malestar general". Indica que es examinado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital los días 9 de agosto y 12 de septiembre de 2017, recogándose en el informe correspondiente a esta asistencia el resultado de un TC practicado el 31 de agosto en el que no se aprecian "hallazgos patológicos" y remitiéndose al paciente a Neurología "ante mareos y no objetivarle clínica sistémica que lo justifique". Reseña que es citado en Neurología para el día 25 de octubre de 2017, emplazándosele para que acuda también a una primera consulta el 14 de junio de 2018 en Neurocirugía.

Subraya que, "teniendo en cuenta el progresivo deterioro y empeoramiento" de su estado, "los largos periodos de espera (...) y que desde el mes de julio no se había identificado (...) la causa que motivaba el cuadro médico", el día 20 de septiembre de 2017 toma la decisión de acudir a la sanidad privada, donde la resonancia practicada el 25 de septiembre de 2017 permite diagnosticar un "meningioma del margen inferior de la hoz cerebral con compresión de cuerpo caloso y exclusión de astas occipitales que presentan dilatación con exudado periventricular". Informado de que "el tratamiento adecuado para abordar la patología consistía en la intervención quirúrgica del meningioma, recomendando no demorar la misma", fue operado en el ámbito de la medicina privada con fecha 10 de octubre de 2017, siendo alta

hospitalaria el día 27 de ese mismo mes, y precisa que con posterioridad acudió a revisiones los días 11 de octubre de 2017 y 22 de enero de 2018.

Considera que “existe una infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria proporcionada”, pues mientras los facultativos que le atendieron en el Hospital “fueron incapaces de valorar adecuadamente el cuadro clínico que presentaba, no dándole la preferencia que precisaba, en cuanto acudí a la medicina privada el diagnóstico fue claro y conciso y la intervención inmediata dada la gravedad de la patología. Por todo ello, es patente que existe un nexo de causalidad entre el resultado dañoso producido y cuya indemnización se reclama y el anormal funcionamiento de la Administración a la que me dirijo”.

Valora los daños y perjuicios sufridos en la cantidad de veinticinco mil quinientos ochenta y siete euros con quince céntimos (25.587,15 €), de los cuales 19.587,15 € corresponden al monto total de las diferentes facturas a las que ha tenido que hacer frente como contraprestación de la asistencia recibida por parte de los servicios sanitarios privados y 6.000 € a “daños morales”.

Adjunta a su escrito varios informes de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, y las facturas abonadas.

2. El día 8 de octubre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante escrito de 18 de octubre de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previo requerimiento formulado por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, se incorpora al expediente la historia clínica del

perjudicado relativa al episodio clínico cuestionado y los informes emitidos por los Servicios de Medicina Interna y de Neurología del Hospital

En el informe elaborado el 29 de octubre de 2018 por un Facultativo Especialista de Área del Servicio de Medicina Interna consta que “el paciente (...) acude a la primera consulta (...) el día 9-08-17, habiendo sido remitido por el Servicio de Urgencias ante hipo y síndrome constitucional./ En dicha valoración (...) ya no presenta hipo ni tampoco clínica específica a ningún nivel, salvo dolor dorso-lumbar crónico, no refiriendo clínica neurológica y siendo la exploración (...) en dicho momento normal. Para completar el estudio estándar de síndrome constitucional sin clínica específica se le solicita analítica general y se esperó a la realización de TAC toraco-abdominal solicitado por el Servicio de Urgencias./ El día 12-09-18 (...) acude de nuevo (...) para darle los resultados de los estudios indicados (...). Nos comenta que ya no presenta (síndrome) constitucional e incluso ha aumentado de peso./ Por otro lado, él y su familia nos explican que ha comenzado con síntomas de ánimo depresivo (por lo que su médico de Atención Primaria le ha pautado Escitalopram) y además que presenta mareos ocasionales con sensación de inestabilidad./ Dado que el paciente ya no presentaba hipo ni (síndrome) constitucional (motivo por el que fue remitido a Medicina Interna), que en las pruebas complementarias realizadas no se apreciaba patología relevante y que el nuevo síntoma eran los mareos (sin causa sistémica aparente), se decidió remitir a la consulta del Servicio de Neurología de forma preferente para descartar patología neurológica que justificara dicho síntoma, y por otro lado control por su médico de Atención Primaria, quedando a disposición de este para reevaluar al paciente si lo consideraba oportuno”.

El Jefe de la Sección de Neurología informa el 23 de octubre de 2018 que “fue valorado el 25 de octubre de 2017 en la consulta de Neurología. Según consta en Millennium, la consulta fue solicitada el 13 de septiembre (...) desde el Servicio de Medicina Interna (...) como primera preferente, presentando (...) ‘mareo, debilidad’, es decir, con una demora menor de 1 mes”. Precisa que “a

la consulta de Neurología, según consta en historia clínica digital (...), solo acudió la esposa, ya que el paciente se encontraba ingresado (...) tras haber sido diagnosticado de un meningioma intracraneal./ Al no haber valorado previamente al paciente (...) el Servicio de Neurología, no se pudo establecer un diagnóstico previo de patología intracraneal”.

5. Mediante oficio de 14 de noviembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la correduría de seguros una copia completa del expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

El 27 de diciembre de 2018, una facultativa máster en Valoración del Daño Corporal emite el informe solicitado. En él afirma, a la vista de la historia clínica del episodio cuestionado y con cita de literatura médica en la que se pone de relieve la dificultad de alcanzar un diagnóstico precoz de tumores pequeños, que “se ha actuado en cada ocasión siguiendo protocolos. Se actuó de manera preferente ante la sospecha de enfermedad neoplásica grave, realizándose analítica completa y TAC toraco-abdominal en un tiempo prudencial. En pacientes con estabilidad clínica y sintomatológica controlada las pruebas diagnósticas se realizan de manera escalonada./ La sintomatología inespecífica y progresiva de los meningiomas contribuye a que su diagnóstico se realice, en gran número de los pacientes, de forma tardía, ya que la clínica no es sugestiva./ Si el paciente no hubiese acudido a la sanidad privada el diagnóstico se hubiese realizado con alta probabilidad un mes más tarde, tiempo que no hubiese supuesto una pérdida de oportunidad teniendo en cuenta la naturaleza de los meningiomas y la ausencia de sintomatología neurológica del paciente./ Si tras el diagnóstico hubiese acudido a la sanidad pública se hubiese tratado con iguales resultados./ Desde el punto de vista social, atender esta reclamación supondría la no aceptación de la realidad de la existencia de periodos de espera en la sanidad pública. Esto comportaría un

trato de favor para aquellos pacientes con posibilidades económicas que pueden financiarse el tratamiento”.

6. Con fecha 26 de marzo de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 2 de abril de 2019, se persona este en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le facilita un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran hasta ese momento.

El día 16 de abril de 2019, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que muestra su desacuerdo con las conclusiones recogidas en el informe pericial de la compañía aseguradora de la Administración. Así, frente a la afirmación de que “si (...) no hubiese acudido a la sanidad privada el diagnóstico se hubiese realizado con alta probabilidad un mes más tarde”, manifiesta que “desde la primera consulta el día 12 de julio en el Centro de Salud, (...) esperó pacientemente las listas de espera de la sanidad pública, no siendo hasta el día 18 de septiembre, cuando me llega la cita para el Servicio de Neurología para el 25 de octubre de 2017, cuando decido, a la vista del imparable, progresivo y preocupante deterioro de mi estado de salud acudir a consulta en la medicina privada. Debe recordarse que en ese momento la importante pérdida de peso, el bajo estado de ánimo y apatía, los temblores en ambas manos y piernas, los dolores dorso lumbares y mareos con sensación de inestabilidad eran ya dolencias que se venían padeciendo durante más de tres meses, y la preocupación y zozobra ante la falta de un diagnóstico resultaba tremendamente desalentadora”.

Finaliza reiterándose en todos los términos de la reclamación formulada.

Mediante escrito de 24 de abril de 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia de las alegaciones a la compañía aseguradora.

7. Con fecha 9 de mayo de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, haciendo suyas las consideraciones recogidas en el informe pericial de la entidad aseguradora.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de mayo de 2019, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la entonces Consejería de Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de

responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el caso ahora examinado la reclamación tiene como presupuesto la falta de diagnóstico y tratamiento de un meningioma en el intervalo que va del 17 de julio al 20 de septiembre de 2017, durante el cual el reclamante fue atendido por el servicio público sanitario. La patología a la postre objetivada fue objeto de valoración en el ámbito de la medicina privada el 25 de septiembre de 2017, tras lo cual fue intervenido por los servicios médicos privados el día 10 de octubre de 2017, siendo alta hospitalaria el 27 de ese mismo mes. La atención recibida en la medicina privada ha supuesto para el interesado el pago de una serie de facturas de las que solicita ser reintegrado, a lo que añade una cantidad en concepto de daños morales vía reclamación de responsabilidad patrimonial.

En estas condiciones, basta con tomar en consideración la fecha de la intervención quirúrgica -10 de octubre de 2017- para concluir que la reclamación presentada el día 27 de septiembre de 2018 lo ha sido dentro del plazo de un año legalmente establecido por el artículo 67.1 de la LPAC, a contar desde la manifestación del efecto lesivo del actuar de la Administración sanitaria que se cuestiona.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes

de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- En la presente reclamación de responsabilidad patrimonial el interesado solicita ser restituido, vía indemnización, de las cantidades que tuvo que abonar a una clínica privada a la que acudió para el diagnóstico y tratamiento de una sintomatología por la que había consultado previamente al servicio público sanitario, sin que por parte de este se hubiera alcanzado un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. Interesa además, por los mismos hechos, una cantidad en concepto de indemnización por daños morales.

En primer lugar, tal y como hemos señalado en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 273/2012), es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración. Procedimientos respecto de los cuales este Consejo ha venido manifestando de manera reiterada desde el inicio de su función consultiva que tienen objetos y tramitación distintos, bases jurídicas diferenciadas y vías de revisión jurisdiccional también diversas.

Respecto a los primeros, 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, determina, en su artículo 4.3, las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo solo resulta procedente en "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital", y "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".

En este caso, el interesado ha calificado expresamente su solicitud como una reclamación de responsabilidad que persigue el resarcimiento del daño causado en forma de quebranto patrimonial, al que asocia un daño moral. Sin embargo, se constata, con facilidad, que la asistencia privada no se produce en el contexto de una amenaza vital, urgente e inmediata que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública, sino que ha sido debida a un abandono voluntario del sistema público sanitario. En este contexto, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada, si bien queda sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole. Por tanto, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño real, efectivo, evaluable económicamente y antijurídico -en

definitiva, un daño que el perjudicado no tenga la obligación de soportar-, y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Por lo que a la efectividad del daño se refiere, a la vista de la documentación obrante en el expediente resultan acreditados, mediante las correspondientes facturas, diversos gastos médicos en los que el interesado incurre privadamente.

Ahora bien, esta mera constatación de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que la mera constatación de un defecto o retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Tal como advertimos en anteriores supuestos similares al que nos ocupa (por todos, Dictamen Núm. 101/2019), los Tribunales de Justicia acuden al concepto de "pérdida de confianza" en el sistema público para justificar, analizando caso a caso, el hecho de que un paciente acuda a un servicio sanitario privado y pueda obtener, vía responsabilidad patrimonial de la

Administración, el resarcimiento de los gastos generados. Se trata de supuestos donde se aprecia una inactividad de la Administración sanitaria durante un largo periodo de tiempo o en los que, en cualquier caso, se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo sin que la sanidad pública haya sido capaz de dar respuesta satisfactoria a tal deterioro; situaciones que justificarían la pérdida de confianza del paciente en los médicos del servicio público. En el Dictamen Núm. 182/2017 citábamos al efecto la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de octubre de 2010 -ECLI:ES:TSJAS:2010:4944-, en cuanto que en ella se argumentaba que “desde que acudió a la sanidad pública el 20 de abril de 2006 y hasta el 28 de junio de 2006 no se estableció un diagnóstico correcto en la misma partiendo del inicial tumor maligno y, como incluso admite el informe del Consejo Consultivo, aquella demora de dos meses (todavía el 24 de agosto se solicita al laboratorio respuesta rápida) ante un tumor maligno hace perfectamente razonable la decisión del paciente de acudir a la sanidad privada, e incluso suficiente para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración”. Reseñábamos allí que, “a nuestro juicio, para que un paciente que abandone la sanidad pública pueda repercutir a título de responsabilidad patrimonial los gastos abonados en la sanidad privada como consecuencia de un defecto o retraso diagnóstico y, en su caso, del subsiguiente retraso asistencial es necesario que concurren, además de las condiciones de carácter general -daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, nexo causal y carácter antijurídico de la lesión-, determinadas circunstancias de carácter objetivo y subjetivo. Desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique objetivamente esa pérdida de confianza, y ha de quedar igualmente acreditado que esa infracción de la *lex artis* es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida, para lo cual hemos de efectuar un juicio de regreso sobre la entidad de la patología finalmente diagnosticada. Desde el plano subjetivo, ha de apreciarse

que el paciente ejerce una opción condicionada por las circunstancias del caso, sin que se perciba un ánimo premeditado de abandonar el servicio público, y para ello hemos de valorar si la desconfianza generada pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales”.

Pues bien, en el caso concreto que analizamos no se cumplen esos condicionantes, toda vez que no se objetiva una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico, no resulta acreditada la existencia de pérdida de oportunidad y lo actuado pone de relieve que el paciente no acude a la medicina privada como consecuencia de una situación inabordable desde el sistema público.

En efecto, consta aquí que el interesado, sin haber concretado en ningún momento en qué aspectos radicaría el carácter defectuoso de la atención médica dispensada en el periodo comprendido entre el 12 de julio y el 20 de septiembre de 2017, decide, ante la falta de mejoría y a la vista del ritmo en el que se desenvolvía la asistencia, buscar en el ámbito de la medicina privada una segunda opinión acerca de las posibles causas del cuadro médico que presentaba desde la primera de aquellas fechas. El reclamante se limita a ofrecer un relato cronológico del proceso asistencial en el ámbito sanitario, tanto público como privado, y sustenta su pretensión en el dato objetivo de que una resonancia realizada el día 25 de septiembre de 2017 en la sanidad privada permitió que le fuera diagnosticado un meningioma. Tras dicha valoración, sin comunicar en ningún momento este hallazgo a los servicios públicos sanitarios, optó por confiar su tratamiento quirúrgico a la medicina privada.

Esta ausencia de prueba pericial por parte del perjudicado en relación a la trascendental cuestión ahora considerada -esto es, si era exigible desde la perspectiva de la *lex artis* que los servicios públicos sanitarios hubieran alcanzado un diagnóstico temprano del meningioma finalmente objetivado en el ámbito de la medicina privada- obliga a que este Consejo Consultivo forme su juicio al respecto sobre la única base de la documentación clínica que obra

incorporada al expediente, así como sobre el informe médico pericial aportado por la compañía aseguradora de la Administración.

En este sentido, de la historia clínica y del informe librado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital se desprende que la atención prestada al paciente por los servicios públicos sanitarios fue constante en todo momento, dando respuesta además a una sintomatología que en muchos aspectos, y a tenor de los síntomas que referían tanto el paciente como su familia, se presentaba como cambiante y con períodos de mejoría en ocasiones. Así, la historia clínica nos permite poner en cuestión alguna de las afirmaciones vertidas por el reclamante en su escrito de alegaciones, como la relativa a “la importante pérdida de peso” que experimentó durante más de tres meses, toda vez que en el informe del Servicio de Medicina Interna se deja constancia de que cuando fue visto el día 12 de septiembre de 2017 el paciente reconoció que había “aumentado de peso”. Esta sintomatología variable, a la que se une que las pruebas y analíticas realizadas en el ámbito de los servicios públicos sanitarios -incluido un TAC toraco-abdominal- no permitían deducir razonablemente patología relevante alguna, no fue obstáculo para que en esa misma fecha se solicitara, no obstante, por el Servicio de Medicina Interna con carácter preferente una consulta con el Servicio de Neurología con el propósito de encontrar un adecuado diagnóstico para el último de los síntomas referidos por el paciente -mareos sin causa sistemática aparente-, una vez desaparecido el hipo persistente inicial y descartado un síndrome constitucional. Comunicado el 18 de septiembre de 2017 al reclamante que esa primera consulta con Neurología estaba prevista para el 25 de octubre siguiente, lo cierto es que este no comparece a la misma y opta por abandonar el servicio público sanitario, toda vez que el 20 de septiembre acude a consultar otra alternativa de diagnóstico y posterior tratamiento del cuadro clínico que presentaba a los servicios de la medicina privada.

Por otro lado, el informe médico pericial incorporado al expediente por la compañía aseguradora de la Administración llama la atención, con el apoyo de

literatura médica en la materia, sobre la dificultad objetiva de proceder a un diagnóstico precoz y certero de la patología finalmente objetivada por el paciente, un meningioma. Según se afirma en dicho documento, en términos que no se contradicen por el reclamante en su escrito de alegaciones mediante argumento dotado de autoridad científica de contraste, “en muchos casos, dado que los meningiomas no provocan signos o síntomas evidentes, solo se descubren como consecuencia de exploraciones de diagnóstico por imágenes que se realizan por motivos no relacionados con el tumor”.

En las condiciones expuestas, resulta evidente que la decisión del reclamante de no esperar al desarrollo normal del curso asistencial en la sanidad pública y de buscar una segunda opinión en el ámbito de la medicina privada, confiando al mismo, a la vista de los hallazgos encontrados, su posterior tratamiento, sin tan siquiera poner aquellos en conocimiento de los servicios públicos sanitarios, no constituye sino la expresión de una opción en todo punto legítima y perfectamente entendible desde una perspectiva personal, pero sin que la misma guarde relación alguna con un pretendido déficit asistencial del servicio público, que a lo largo de todo el proceso clínico descrito se mostró activo a los requerimientos de atención demandados por el paciente.

Finalmente debemos tener presente que, como ya hemos manifestado en ocasiones precedentes (entre otros, Dictámenes Núm. 52/2016, 146/2018 y 103/2019), de las notas de universalidad y gratuidad que caracterizan al servicio público sanitario, y que obviamente no se dan en la sanidad privada, se derivan una serie de servidumbres, lo que determina que el tiempo de los actos médicos en el ámbito del servicio público hayan de ser necesariamente objeto de priorización; circunstancia que no se da en la medicina privada.

En definitiva, en el asunto que nos ocupa los informes técnicos incorporados al expediente avalan la corrección del quehacer médico, sin elemento que lo contradiga, y no se acredita su trascendencia en la evolución clínica. Por ello, no objetivándose ninguna infracción de la *lex artis ad hoc* en el

proceso asistencial -y tampoco un perjuicio ligado al retraso diagnóstico-, la reclamación no puede ser acogida. El daño reclamado tiene su origen en la decisión personal y voluntaria del paciente de acudir a la medicina privada sustrayéndose a un tratamiento inconcluso de la sanidad pública, por lo que tiene la obligación de soportar las consecuencias que se derivan de sus propias decisiones.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.