

Dictamen Núm. 13/2025

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de enero de 2025, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de noviembre de 2024 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, dirigida al reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia recibida en la sanidad privada, originada por una patología abdominal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de junio de 2024, la interesada presenta en el registro general de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, dirigida al reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia recibida en la sanidad privada originada por una patología abdominal.

Refiere que el pasado día 10 de enero de 2024 sufre “un fuerte dolor en la zona abdominal (...) y fiebre” que le obliga a “solicitar asistencia médica”, trasladándose al Servicio de Urgencias del Hospital en ambulancia. Señala que tras “mucho tiempo de espera y pruebas, deciden (darle) el alta con (...) diagnóstico de cólico renal e infección respiratoria”. Prosigue relatando que “dos días después y ante la fiebre de más de 40 grados que padecía”, junto a su familia optan “por una segunda opinión”, acudiendo a un centro médico privado, donde tras “varias pruebas (...) fue diagnosticado un desgarró en la pared del colon./ Por tal diagnóstico, que no fue realizado en el (Hospital) en una actitud negligente de los profesionales del mismo y que (su) vida corría peligro”, decide dejarse aconsejar “por el equipo” del centro médico privado y “acceder a la intervención de urgencia por una colonoscopia intraoperatoria, eliminación de restos fecales más la terapia antibiótica por grave riesgo de infección”. Añade que “la intervención ha supuesto una factura de los gastos ocasionados por importe de diecisiete mil seiscientos sesenta y dos euros con treinta y siete céntimos de euro (17.662,37 €)”.

En cuanto a la relación de causalidad, expone que “resulta evidente que si el diagnóstico del (Hospital) hubiera sido correcto”, en ningún caso habría acudido a un centro médico privado “e incurrido en los gastos de factura”, destacando que en primer lugar acude a un hospital del sistema sanitario público “y no fue hasta la persistencia en los dolores que tuve que acudir a buscar una segunda opinión” del ámbito privado. Sostiene que la Administración es responsable de “culpa *in vigilando* pues actuó de forma negligente” durante la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital

Finaliza su escrito indicando que “al amparo de lo dispuesto en el artículo 5” de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, por medio de la presente” autoriza a su marido “para presentar esta reclamación y cualquier trámite relacionada con la misma”.

2. Mediante oficio fechado a 21 de junio de 2024, la Jefa de Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la Consejería de Salud comunica a la interesada la fecha de recepción de la reclamación, el nombramiento de instructor, la normativa y plazo para resolver el procedimiento y el sentido del silencio administrativo. Asimismo, le solicita la subsanación de la representación otorgada a favor de su marido y la aportación de una factura a la que hace alusión en su escrito.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el día 18 de julio de 2024, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de la paciente, así como el informe emitido con fecha 17 de julio de 2024 por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital

4. Tras requerimiento dirigido por el Instructor del procedimiento, la reclamante presenta, con fecha 22 de agosto de 2024, documentación médica relativa a la asistencia dispensada en el centro privado en el que esta fue atendida, así como la factura correspondiente a la misma, de fecha 6 de febrero de 2024.

5. Mediante oficio notificado a la interesada el 7 de octubre de 2024, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 14 de noviembre de 2024, la reclamante presenta escrito notificando su cambio de domicilio, sin realizar alegación alguna.

6. El día 18 de noviembre de 2024, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes obrantes en el expediente y en la historia clínica. En ella señala que, con arreglo a dicha documentación, la paciente es atendida en una primera ocasión en el Hospital, siendo instruida al alta "sobre los signos y síntomas de

alarma por los cuales debía acudir de nuevo al Servicio de Urgencias./ Cuando tres días más tarde (...) acude al (centro médico privado) y se le realiza un tac abdominal con contraste, no se apreciaron alteraciones que justifiquen las imágenes que se mostraban y no se advertía escape de contraste, llegándose al diagnóstico tras una laparoscopia exploradora". Por ello, concluye que "la atención prestada" en el hospital público fue correcta, respondiendo la decisión de acudir a la medicina privada exclusivamente a la "voluntad propia" de la reclamante.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de noviembre de 2024, 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 Consejería de Salud, 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

En relación con la indicación del escrito inicial, suscrito por la reclamante y que finaliza afirmando que autoriza a su marido "para presentar (...) la reclamación y cualquier trámite relacionado con la misma", conviene aclarar que, pese a su literalidad, la confrontación de la firma que figura en el mismo con otros documentos del expediente permite concluir que corresponde a la interesada, lo que concuerda con la identidad que figura en el encabezado de la solicitud. En todo caso, la desatención del requerimiento efectuado por la Administración para dilucidar un eventual otorgamiento de representación en favor del cónyuge -consta que la correspondiente notificación fue infructuosa-, carece de relevancia, pues todas las comunicaciones se dirigieron a la propia reclamante. Ello no obsta que recordemos, por último, que el artículo 71 del Código Civil establece que "Ninguno de los cónyuges puede atribuirse la representación del otro sin que le hubiere sido conferida", resultando de tal prescripción que "el matrimonio no otorga la mutua representación entre los cónyuges" (Dictamen Núm. 110/2014).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como 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 procedimiento ahora examinado, la interesada presenta la reclamación el día 5 de junio de 2024 y, dado que su solicitud persigue el resarcimiento de los gastos en que ha incurrido con ocasión de un tratamiento

seguido en la sanidad privada durante el mes de enero de ese mismo año, es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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.

Finalmente, en cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que, si bien en la fecha de entrada del expediente en este Consejo aún no se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, presentada la reclamación que ahora examinamos con fecha 5 de junio de 2024 y recibida la solicitud de dictamen por este Consejo el día 1 de diciembre del mismo año, es patente que no podrá la Administración aprobar en tiempo la correspondiente resolución. No obstante, ello no impide que ésta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida LPAC.

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.- La interesada reclama el resarcimiento de los gastos satisfechos en la medicina privada para la detección y tratamiento de una patología abdominal.

La factura aportada por la perjudicada acredita la realidad del daño por el que reclama, consistente en haber afrontado gastos en la medicina privada que guardan relación con la detección y tratamiento de una enfermedad -sin perjuicio de la asistencia sanitaria posterior en la sanidad pública-. Asimismo, en la factura consta que la paciente es atendida en la categoría de "clientes particulares", sin cobertura por parte de seguro privado.

Respecto al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema sanitario público, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con 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 ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo sólo resulta procedente en los "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". No consta que dicho procedimiento -que no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos.

En estas condiciones, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada, comprensiva del importe de los gastos en los que se haya incurrido a consecuencia del tratamiento en la medicina privada de una enfermedad, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, conviene recordar una vez más que 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 ello no puede imputarse, automáticamente 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*.

Para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, y, en particular, asume la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*).

Al respecto, debemos advertir que, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 67.2 de la LPAC, la solicitud de responsabilidad patrimonial deberá ir "acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante". En el caso que examinamos, la interesada

limita el daño sufrido al perjuicio patrimonial asociado a la asistencia sanitaria privada recibida, sin invocar ni justificar un daño físico concreto derivado del retraso diagnóstico que alega.

Sentado lo anterior, debemos recordar que este Consejo viene manifestando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 267/2023) que, para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario, debemos atender a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, 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 tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, cuando quien reclama invoca implícitamente una desconfianza -lo que se deduce aquí de su reacción frente a la indicación dada por parte del servicio público sanitario tras la asistencia recibida el día 10 de enero de 2024- debemos valorar si esa desconfianza pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales. Para elaborar ese juicio hemos señalado (por todos, Dictamen Núm. 197/2024), que “constituye un indicio el hecho de si el paciente, conocida la necesidad de una prueba diagnóstica o de una cirugía, abandona de modo inmediato el sistema público para realizar dichas prácticas en la medicina privada sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlas”. En el procedimiento que nos ocupa, la propia reclamante precisa que el recurso a la sanidad privada está motivado por la búsqueda de una “segunda opinión”, días después haber acudido a un hospital público, voluntad que corrobora el informe de alta del centro médico privado, que indica que la paciente “acude para valoración”, preocupada por “mala evolución” que, según se concreta, consiste en que “continuaba con algo de dolor, sensación de distensión abdominal, fiebre” inferior a 39º, ausencia de síntomas digestivos e “hiporexia”.

Por otra parte, y tal y como señalamos en nuestros recientes Dictámenes Núm. 177/2024 y 197/2024, determinados casos permiten distinguir con total

nitidez entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, en cuanto constituyen dos actos médicos claramente diferenciados a los que se imputa un coste y un correlativo perjuicio patrimonial también perfectamente diferenciable e individualizado en esas ocasiones, plasmado incluso en conceptos separados en distintas facturas. En esta ocasión, no obstante, el centro privado ha optado por incluir en una sola los servicios prestados correspondientes a la realización de pruebas diagnósticas y al tratamiento quirúrgico prescrito, presentando además, como singularidad, que la asistencia privada prestada es únicamente parte de la necesaria para afrontar la patología de la paciente, según analizaremos a continuación.

Al respecto, observamos también que la documentación médica relativa a la atención dispensada en el centro privado puede resultar confusa en cuanto a la fecha de realización de la cirugía, pues el informe de alta correspondiente refleja que la paciente estuvo ingresada entre los días 13 de enero y 1 de febrero de 2024 y, si bien en una parte del mismo se indica que el procedimiento quirúrgico consistente en “laparoscopia exploradora, lavado y drenajes” tuvo lugar el 14 de enero de 2024, en otra, figura que “el 29 de enero se realiza TC de control en el que se objetiva por primera vez la fuga de contraste, por lo que se plantea cirugía por considerar agotado el manejo conservador. La paciente solicita traslado” al Hospital

A nuestro juicio, la cuestión solo puede despejarse a la vista de la documentación clínica remitida por el servicio público sanitario que aclara la relevante cuestión, omitida por la reclamante en su relato, de que efectivamente la paciente fue derivada a petición propia desde el centro privado al mismo hospital público en el que había sido atendida por primera vez, y que en este último se sometió, el día 13 de febrero de 2024, a una nueva cirugía, consistente en “sigmoidectomía y resección intestinal vía laparotomía”. Ello implica, en definitiva, que, desde el punto de vista médico, nos hallamos ante un único proceso asistencial en el que intervienen, tanto el servicio público sanitario como el privado, con continuidad de ingreso hospitalario en ambos centros.

Aclarado tal extremo, procede detenernos en la concreta imputación realizada, pues según la reclamante, “si el diagnóstico del (Hospital)” -en la atención dispensada el día 10 de enero de 2024 en el Servicio de Urgencias- “hubiera sido correcto”, en ningún caso habría acudido a un centro médico privado “e incurrido en los gastos”. Precisa que, “ante la persistencia en los dolores”, se vio obligada a “buscar una segunda opinión” fuera del ámbito público, y considera que no se prestó “la suficiente atención durante el diagnóstico en Urgencias del (Hospital)”, pues “después de varias pruebas en Urgencias” del centro médico privado le fue diagnosticado “un desgarro en la pared del colon”, situación de riesgo vital que obligó a su ingreso “para una colonoscopia intraoperatoria, eliminación de restos fecales más la terapia antibiótica por grave riesgo de infección”. Conviene precisar que, pese a la literalidad de la expresión empleada en la solicitud, la “segunda opinión” requerida no se enmarca en el derecho a la “segunda opinión facultativa sobre su proceso” contemplada “en el conjunto del Sistema Nacional de Salud” por el artículo 4 a) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud -norma a la que se remite expresamente el artículo 52 e) de la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud-, cuyo ámbito, por definición, es el “conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos” en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, de acuerdo con el artículo 44.2 de esta última, siendo “el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias (...) parte integrante del Sistema Nacional de Salud” (artículo 9.2 de la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de Salud).

El informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias expone que la atención prestada el 10 de enero de 2024 “se ajusta a la praxis de la medicina de Urgencias y Emergencias” pues, si bien “conocido el diagnóstico final del cuadro clínico que presentaba es evidente que la impresión diagnóstica urgente no fue acertada, lo cual no quiere decir que el proceso de atención urgente que se siguió no se ajustara a los protocolos recomendados

de dolor abdominal. Cuando ingresó en (el) servicio el cuadro clínico llevaba menos de 24 horas de evolución y no presentaba ningún síntoma ni signo que hiciera evidente la presencia de una diverticulitis complicada. Del mismo modo su situación clínica, la exploración física y las pruebas complementarias no mostraban la necesidad de un ingreso hospitalario urgente./ No obstante, y como es habitual (...) se le recomendó seguimiento y control por su médico, dejando siempre abierta la posibilidad de volver (...) si la evolución del cuadro no era favorable”.

El informe de alta correspondiente a la asistencia prestada el día 10 de enero de 2024 en el Servicio de Urgencias refiere que el motivo de consulta es “dolor FRI” -fosa renal izquierda-, constatando que la paciente “refiere desde el día de ayer sensación distérmica sin haber termometrado fiebre y leve malestar general sin foco claro que controló con ibuprofeno”, despertándose en la madrugada por “intenso dolor a nivel de FRI que se irradiaba hacia ingle ipsilateral, de características cólicas, acompañado de sensación nauseosa y muy escaso vómito”. Como pruebas, consta que se realizó analítica y radiografías de tórax y abdomen simple, diagnosticándose “cólico renal leve” e “infección respiratoria”. Además de prescribirse medicación, “se explica naturaleza del proceso al paciente y signos y síntomas de alarma que pueden presentarse y por los cuales debe re acudir al servicio de urgencias”, así como “control y seguimiento por su médico de familia”.

El informe de alta del centro médico privado refleja, a su vez, que la paciente ingresa tres días después -13 de enero de 2024-, pues, tras la asistencia del día 10, “continuaba con algo de dolor, sensación de distensión abdominal, fiebre” inferior a 39º, no cuenta síntomas digestivos de vómitos ni diarreas, hiporexia, se preocupa por mala evolución y acude para valoración”. Tras realizarse un tac de abdomen, que evidencia la existencia de “ligera cuantía de líquido abdomino-pélvico e interasas, con pequeñas colecciones en distintas localizaciones (...). Divertículos murales en colon izquierdo”, se indica que “ante la ausencia de otras alteraciones que justifiquen lo anteriormente expuesto, y aunque no se demuestra fuga o escape del enema de gastrografin,

no se podría descartar que los hallazgos descritos estén en relación a una microperforación diverticular a nivel sigmoideo (puede estar encubierta en el momento actual)". Por ello, se realiza "drenaje", y en nuevo TC, realizado el día 19 de enero, consta que no se llega a "visualizar una clara perforación del delgado". En anotación correspondiente a nuevo tac, realizado el día 29 de enero de 2024, figura como "información clínica" la de "probable diverticulitis perforada con limpieza y drenaje, sin fuga demostrada. Posterior drenaje radiológico de colección hipogástrica", precisando que en esa última fecha, el tac realizado "objetiva por primera vez la fuga de contraste, por lo que se plantea cirugía por considerar agotado el manejo conservador. La paciente solicita traslado" al Hospital

De lo anterior se desprende, en primer lugar, que las pruebas efectuadas en el centro médico privado tres días después de la asistencia en Urgencias permitieron alcanzar el diagnóstico de "probable diverticulitis perforada" -lo que no equivale plenamente a la detección de un "desgarro" en la pared intestinal, como refiere la reclamante-, optándose por un "manejo conservador", que incluyó un drenaje radiológico hasta que se evidencia la fuga, momento en el que la propia paciente decide el traslado al Hospital, donde se realiza la cirugía indicada -distinta del drenaje quirúrgico realizado en el centro privado-. En segundo lugar, la interesada no desmiente en ningún momento el contenido del informe emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, corroborado por el informe de alta, en cuanto a la evidencia de que se indicó a la paciente que debía volver en caso de presentar "signos y síntomas de alarma", con control en todo caso por parte de su médico de cabecera.

A nuestro juicio, su propia y legítima opción de acudir a un hospital privado ante la persistencia del dolor -decisión también puntual, pues ese mismo mes elige regresar al servicio público sanitario, ingresando de nuevo en el Hospital- no permite fundar la pretensión resarcitoria planteada. Las circunstancias concurrentes tampoco facultan para rechazar que el diagnóstico alcanzado el día 10 de enero en el Servicio de Urgencias se ajustaba, en ese

momento, a la clínica existente, siendo además relevante -tal y como destaca la propuesta de resolución-, que aquel día la paciente “no presentaba ningún síntoma ni signo” sugestivo de la existencia de una diverticulitis complicada. Tampoco puede obviarse que la realización de otra prueba específica -el tac- por parte del centro privado tiene lugar cuatro días después, no por la presentación de nuevos síntomas, sino por la persistencia del dolor, dato que no resulta despreciable, como tampoco puede desconocerse que el día 14 de enero se diagnostica diverticulitis, pero la perforación es solo una sospecha confirmada quince días después.

Ante esta circunstancia, la decisión voluntaria -que tampoco podemos achacar sin más a una simple pérdida de confianza, pues la afectada volvió al circuito público para completar el proceso asistencial- de recibir asistencia en un hospital privado ciertamente impide que, desde la red pública, se formule una reevaluación adecuada y el consiguiente tratamiento drenante. No obstante, en el hospital público concernido sí se realizó, con posterioridad y atendiendo a su petición, la intervención quirúrgica necesaria para la resolución del episodio médico.

En definitiva, nos encontramos con un caso en el que la paciente es atendida conforme la *lex artis ad hoc*, recibiendo una asistencia sanitaria en los servicios de urgencia de la sanidad pública plenamente acorde a la sintomatología que padecía en ese momento, si bien, persistiendo su malestar los días siguientes, decide prescindir puntualmente de la sanidad pública, acudiendo a un centro privado en el que se le somete a un tratamiento que exige continuidad, regresando, por voluntad propia, a la sanidad pública para completarlo. Semejante contexto impide considerar producida una pérdida de confianza en esta última, lo que aboca a la consecuente desestimación de la reclamación, sin perjuicio de que -según venimos reconociendo en otras ocasiones- resulte perfectamente comprensible que, quien puede costearlo, acuda en ciertos escenarios a la medicina privada.

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.