



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **135/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de mayo de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 3 de enero de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **05/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 23 de mayo de 2008, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria recibida del sistema sanitario público regional. Según la letrada los hechos ocurrieron del siguiente modo:

1. En el mes de noviembre del año 2006 fue diagnosticada por el Servicio de Ginecología del Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS) de un adenoma hipofisiario. Le pautaron tratamiento, pero a partir del verano del año 2007 sufre unos fuertes dolores de cabeza que obligaron a realizarse una RMN que concluye del siguiente modo: *"adenoma hipofisiario con signos de sangrado intralesional"*. Fue citada para el 25 de enero de 2008 en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA).
2. Como los dolores de cabeza continuaban y el tratamiento le produce taquicardia, en una nueva consulta con la ginecóloga Dra. x, el día 9 de diciembre de 2007, dicha facultativa le propone canalizarla al Hospital Puerta de Hierro de Madrid, para ser reconocida por el Dr. x del Servicio de Neurocirugía de dicho Hospital.
3. Ante la falta de respuesta del Servicio Murciano de Salud (SMS) a la derivación propuesta por la ginecóloga, la interesada contacta directamente con el Dr. x, que le indica que debe someterse a una intervención quirúrgica.
4. Puesta en contacto con el SMS le informan que la derivación propuesta desde el Servicio de Ginecología no es válida, pues ha de llevarse a cabo por el Servicio de Neurocirugía del HUVA. Examinada en dicho Servicio el día 25 de enero de 2008, el Dr. x solicita nuevas pruebas y no tramita la derivación.

5. Ante el agravamiento de los síntomas y la falta de noticias del SMS, la reclamante decide ser intervenida quirúrgicamente y de forma privada por el Dr. x. La operación se llevó a cabo el día 5 de marzo de 2008.

6. El diagnóstico tras la operación es de adenoma hipofisario de lesión aumentada de diámetro y con sangre oscura y líquida, que hace sospechar hemorragia reciente. El informe patológico era hipófisis sin indicios de transformación maligna en ningún nivel; tumor productor de hormona prolactina y GH.

Considera la reclamante que los servicios médicos regionales le han ocasionado un grave perjuicio al haber iniciado una derivación a otro centro médico y no haber culminado el proceso única y exclusivamente por problemas internos del SMS. También afirma haber recibido una atención inadecuada y parcial por parte del facultativo, Dr. x, que, sin valorar algo tan esencial en neurocirugía como son las pruebas de imagen, se limitó a demorar su valoración.

Por lo anterior solicita una indemnización de 18.212,07, según el siguiente detalle:

- Pérdida patrimonial (gastos médicos, de desplazamiento, de alojamiento y de manutención): 13.102,89 euros.
- Daño moral (estancia en Madrid, no poder haber disfrutado de las vacaciones, etc.): 2.000 euros.
- Lucro cesante (como gerente y administradora de una empresa mercantil y de una comunidad de bienes): 3.109,18 euros.

Adjunta a su reclamación diversa documentación relacionada con la asistencia médica recibida tanto en la sanidad pública como en la privada, así como facturas justificativas de los gastos cuyo resarcimiento interesa.

SEGUNDO.- Seguidamente se dicta Resolución del Director Gerente del SMS por la que se admite a trámite la reclamación y se encomienda la instrucción del expediente al Servicio Jurídico del SMS.

A continuación, por el órgano instructor se solicita al HUVA, al HGURS y a la Clínica -- de Madrid las historias clínicas de la paciente e informes de los profesionales que la atendieron en relación a los hechos descritos en la reclamación. Asimismo, comunica la reclamación a la Correduría de Seguros y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

TERCERO.- Los requerimientos son cumplimentados del siguiente modo:

1. El Director Gerente del HGURS remite la historia clínica de la paciente, así como los siguientes informes:

- De la Dra. x, del Servicio de Ginecología de dicho centro hospitalario, del siguiente tenor:

"Paciente que acude a consulta el 24 de Abril del 2006 por amenorrea secundaria de 1 año de evolución.

Se practica ecografía ginecológica y citología cérvico-vaginal que son normales. En la analítica hormonal se detecta Hiperprolactinemia que es confirmada el 13 de julio del mismo año. Se inicia tratamiento con Dostinex y se solicita RMN de silla turca.

La paciente vuelve a consulta en Septiembre con niveles normales de prolactina y regla normal en este mes.

En Diciembre acude con el resultado de RMN, que informa de adenoma hipofisario de 14 mm. Se solicita estudio oftalmológico y estudio de hormonas hipofisarias completas. Ambos resultan dentro de la normalidad.

Se decide tratamiento médico con controles analíticos de prolactina y repetición de RMN al año.

El 30 de Noviembre del 2007 aporta el resultado de la RMN que informa de adenoma hipofisario con signos de sangrado intralesional con desplazamiento del tallo hipofisario hacia la derecha (se adjunta informe de radiología). La paciente es remitida al Centro de Neurocirugía de referencia del Hospital Virgen de la Arrixaca.

El 9 de Diciembre la paciente es atendida de nuevo por referir cefaleas y solicita ser atendida en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid por el Dr. x ante un posible diagnóstico diferencial y la preferencia de su intervención. A petición de la paciente se hace una propuesta de canalización mediante un Anexo I al Servicio de Neurocirugía de Puerta de Hierro de Madrid.

El 26 de Junio del 2008 es controlada en consulta tras la exéresis del prolactinoma en dicho hospital con revisión ginecológica normal".

- De x, responsable de la oficina de garantías, en el que indica que la solicitud de canalización de la paciente no fue tramitada por dicha unidad. Añadiendo que la solicitud se cumplimentó en un formulario distinto de los que se utilizan para estas derivaciones y que, al parecer, los trámites los hizo directamente la reclamante con el SMS.

2. En contestación a la solicitud efectuada al HUVA (reiterada en una ocasión), su Director Gerente envía la historia clínica de la reclamante e informe de los siguientes facultativos:

- Del Dr. x, del Servicio de Neurocirugía del citado Hospital, del siguiente tenor:

"Paciente que es vista por mi parte en consulta externa de Neurocirugía el 07/12/07, según consta en la fotocopia del informe emitido por mí en dicha fecha. En resumen en esa visita se aprecia una lesión hipofisaria sin afectación visual y que tiene datos analíticos compatibles con un prolactinoma (ha tenido niveles sanguíneos "tumORAles" de prolactina y se han normalizado con tratamiento específico para ellos), se comprueba en varias RM que la lesión no ha crecido. En casi todos los protocolos de manejo de este tipo de lesiones en la Literatura neuroquirúrgica habitual, la pauta a seguir es la vigilancia periódica con niveles de prolactina y con pruebas de imagen. Esa misma recomendación fue la que se sugirió por escrito a la paciente. Por mi parte la derivé al Especialista en patología tumoral de hipófisis que posee nuestro Servicio (Dr. x) la cita fue el día 25/01/08".

Del Dr. x, del mismo Servicio, en el que se indica lo siguiente:

"La única vez que vi a la paciente x, fue en Enero-08. Era portadora de una lesión hipofisaria de 14 mm de diámetro que, aparentemente, le provocaba únicamente un aumento de la hormona prolactina y la consiguiente infertilidad. La lesión no había crecido en los dos últimos años y el tratamiento con dopaminérgicos (Dostinex) le había normalizado la prolactina y restaurado la menstruación de manera regular.

Con objeto de actualizar la situación de la lesión y hacer un estudio hormonal más completo con vistas a realizar el tratamiento más adecuado, ordené un estudio endocrinológico pero la paciente ya había tomado la decisión de operarse en Madrid y no volvió a la consulta.

Le expliqué a la paciente que hasta que no tuviera todos los datos endocrinológicos en la mano, no podría saber si era necesaria una operación quirúrgica, ya que los adenomas productores de prolactina tienen un tratamiento muy eficaz con dopaminérgicos.

La intervención quirúrgica puede tener complicaciones graves, además de la posibilidad de que resulten lesionadas^{el} resto de las hormonas hipofisarias, como así ha sido a la vista de los resultados hormonales que después se le han practicado a la paciente.

El que el adenoma tuviera un componente hemorrágico en su interior, es un hecho frecuente con el tratamiento con dopaminérgicos y no representa un signo de alarma ni motivo para realizar la operación quirúrgica.

Por otra parte, en caso de que finalmente hubiéramos planteado la necesidad de una intervención quirúrgica, la hubiéramos realizado mediante técnica de endoscopia endonasal transesfenoidal que representa, desde el punto de vista técnico, un paso más moderno y avanzado que la microcirugía sublabial transesfenoidal que se le ha practicado a la paciente y permite, merced a la mejor visualización del contenido intraselar, extirpar el tumor con más posibilidades de respetar el funcionamiento de las demás hormonas hipofisarias".

3. El responsable del Departamento de Documentación y Archivos de la Clínica --, envía informe del Dr. x, que intervino a la reclamante, del siguiente tenor:

"Paciente de 35 años con una lesión de localización intraselar. Refiere una historia clínica de cefaleas y trastornos hormonales relacionados con hiperprolactenemia y tratados con Cabergolida. La paciente fue valorada hace unos seis meses y se desestimó el tratamiento quirúrgico para poder observar su evolución clínica. Desde entonces la lesión ha aumentado su diámetro. La Exploración Neurológica es normal. La exploración campimétrica digital es normal. La RM evidencia una lesión intraselar de 1 x 1,5 x 1 centímetros, la lesión tiene un componente que sugiere hemorragia antigua. PRL alrededor de 50 ng/ml. Los estudios de sangre, pruebas de coagulación, y R.X de tórax no muestran datos de trascendencia para su tratamiento quirúrgico.

Juicio diagnóstico: Adenoma de Hipófisis.

Tratamiento: El día 5 de Marzo de 2008, se realiza un abordaje microquirúrgico sublabial transesfenoidal de la silla turca. Las caras anterior e inferior de la silla están adelgazadas. La dura madre de la cara anterior está invadida por tumor en el lado izquierdo y se reseca en su totalidad al abrir una ventana dural de 1 x 1,5 centímetros. Se visualiza a continuación un adenoma de hipófisis de localización izquierda con un contenido líquido de sangre oscura y líquida, que hace sospechar hemorragia reciente, distinta de la que se visualizaba en RM. Se identifica tejido hipofisario sano al fondo de la silla, que debe permitir una función, similar al menos a la preoperatoria. El diafragma desciende espontáneamente dentro de la silla y es normal sin invasiones. Las paredes internas de los senos cavernosos no están invadidas. El postoperatorio evoluciona con normalidad y la paciente es dada de alta en el día de la fecha, sin diabetes insípida. El informe de Anatomía Patológica queda pendiente de emisión. La paciente es dada de Alta sin medicación sustitutiva.

Acudirá a consulta del x, el día 13 de Marzo, para control endocrinológico postoperatorio".

CUARTO.- Solicitado, mediante escrito fechado el 17 de noviembre de 2008, informe a la Inspección Médica, se evacua el 20 de julio de 2011 en el que, tras resumir los datos contenidos en la historia clínica y efectuar las consideraciones médicas que estima pertinentes, formula las siguientes conclusiones:

"1. x diagnosticada desde noviembre de 2006 de una lesión hipofisaria de 14 mm de diámetro con hiperprolactinemia, fue tratada de forma correcta con dopaminérgicos.

Comprobando en la revisión que la prolactina se había normalizando y restaurando la menstruación. Pero se deriva a Neurocirugía del hospital de referencia para valoración con la RMN del 18/10/07 que informa de lesión hipofisaria de 10x12x7 mm con signos de sangrado en su interior. No parece que hubiera crecimiento de adenoma.

2. Al mismo tiempo hubo una propuesta de la facultativa del Servicio de Ginecología, que a petición de la paciente inicia los tramites de Canalización, eligiendo como Centro de referencia el Servicio de Neurocirugía del Hospital ?Puerta de Hierro?, saltándose al Servicio de Neurocirugía de referencia por lo que no es firmada por el Director Médico del HGURS, ajustándose al sistema de canalización de pacientes a centros distintos a de referencia del SMS.

3. En el HUVA, es atendida a la semana siguiente de la RMN por un Neurocirujano y después por el Especialista

en tumores hipofisarios, que siguiendo las recomendaciones de la bibliografía consultada antes de considerar la neurocirugía requiere un estudio hormonal mas completo. Pero la paciente no volvió a la consulta.

4. Cuando la paciente acude al Neurocirujano el 25/01/08, ya había consultado con el Dr. x que le había recomendado la cirugía y que realizó el 5/03/08.

Última

La no derivación a un centro diferente al de referencia teniendo especialistas en la región y la solicitud de pruebas antes de considerar la cirugía solo obedecen a una actuación correcta de los servicios públicos".

QUINTO.- En el cuerpo de su informe la Inspección Médica recoge el siguiente dato:

"Con fecha 23/05/08 x, presenta solicitud de Reintegro de Gastos ocasionados por la intervención quirúrgica en la Clínica -- de Madrid, correspondiéndole el número de expediente 46/2008. Con fecha de salida 6/10/2008 el Director General de Régimen Económico y Prestaciones firma la Resolución denegando la solicitud por no ajustarse a lo recogido en el art. 4.3 del RD 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".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a la reclamante no consta que hiciese uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditado en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño que la paciente alega haber sufrido.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 3 de enero de 2012.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un

procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La acción ha sido ejercida por quien está legitimada para ello, es decir, por x, que habría sufrido los perjuicios imputados a la actuación administrativa de la sanidad pública regional. Esta última circunstancia permite, asimismo, afirmar la legitimación pasiva de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Por otro lado cabe apreciar que la acción de responsabilidad ha sido ejercida dentro del plazo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), toda vez que la reclamación se interpuso antes de que transcurriera un año desde la fecha en la que la reclamante fue dada de alta en la clínica privada --, esto es, el 9 de marzo de 2008.

El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, ya que ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el artículo 13 RRP, constando la paralización de actuaciones desde el 17 de noviembre de 2008, fecha en la que se solicita informe de la Inspección Médica, hasta el día 20 de julio de 2011, en el que aquél tiene entrada en el SMS. Cabe aquí reiterar lo que este Consejo Jurídico viene poniendo de manifiesto en diversos Dictámenes y en su Memoria del año 2011, sobre la importancia del informe de la Inspección Médica en este tipo de procedimientos no sólo porque su omisión suele ser un obstáculo para que pueda resolverse con acierto dicho procedimiento (Dictamen 147/2008), sino porque su carácter materialmente determinante provoca un efecto dilatorio que no debe traspasar límites razonables y en el supuesto que nos ocupa dichos límites se han rebasado dando lugar a un indeseable retraso en la tramitación del expediente.

TERCERA.- Los daños por los que se reclama indemnización.

Conforme se desprende de los Antecedentes, la reclamante solicita indemnización por varios conceptos: resarcimiento de los gastos que, según ella, se vio obligada a realizar en la sanidad privada, así como por unos daños morales por no haber disfrutado de las vacaciones de semana santa y por lucro cesante al haber dejado de percibir unos beneficios en unas empresas en las que presta su servicio como gerente y administradora. Daños que imputa a un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, concretamente a la falta de tramitación del expediente de derivación a otro centro público y a una atención inadecuada y parcial por parte del especialista en neurocirugía del HUVA, Dr. x.

De forma paralela al procedimiento de responsabilidad patrimonial sobre el que se emite Dictamen, la paciente inició otra reclamación para que se le abonasen los gastos médicos ocasionados en la sanidad privada, con base en lo establecido en 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, en cuyo artículo 4.3 se establece que: *"la cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique*

que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción", reintegro que, según señala la Inspectora Médica, le fue denegado, por no concurrir los requisitos exigidos para generar dicho derecho.

Sentado que para la reclamación de reintegro de gastos resulta compatible el ejercicio de la citada vía específica con su solicitud en un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cabe indicar que, tal como ha señalado el Consejo de Estado (Dictamen núm. 2.850/2003, de 30 de octubre), para el éxito de la acción de responsabilidad ejercitada es preciso que quede acreditado que la asistencia sanitaria prestada por la Administración ha originado al interesado perjuicios que éste no tenga la obligación de soportar. En este sentido, se ha de examinar si, como consecuencia del funcionamiento de los servicios sanitarios regionales se ha producido el daño que la interesada alega, es decir, el perjuicio económico resultante de acudir a la medicina privada para recibir tratamiento y ser sometida a intervención quirúrgica; circunstancia que será objeto de análisis en la siguiente Consideración.

CUARTA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

I. Cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, y así se prueba en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concorra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos, normalmente, serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados (por todos, nuestro Dictamen 56/2005). La *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica *ad hoc*, en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la *lex artis* venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (Dictamen 191/2006).

II. Para la reclamante, como decíamos antes, la causa de los daños por los que reclama pivotaría alrededor de dos actuaciones de los servicios sanitarios, a saber:

1ª. No haber tramitado la solicitud de derivación al Hospital Puerta de Hierro, realizada por el Servicio de Ginecología.

Esta solicitud es profusamente analizada por la Inspectora Médica en su informe, resaltando una serie de irregularidades que concurren en ella, pero, sobre todo, destacando dos circunstancias muy relevantes que evidencian que aquélla adolecía de una serie de defectos que imposibilitaban su tramitación. En efecto, además de no plasmarse en el formulario aprobado para este tipo de procedimientos, la petición no se había cursado por el Servicio de referencia que, en este caso, lo era el de Neurocirugía del HUVA. Afirma la Inspectora Médica que "*la sanidad pública tiene regulada la canalización de pacientes a otros Centros distintos a los de referencia, en el*

caso de x, como esta establecido, antes de remitirla fuera de nuestra Comunidad es preceptivo que le atienda el Servicio de Neurocirugía de referencia, ya que si la sanidad pública puede resolver el caso con sus medios propios en nuestra Comunidad no será remitido a otro Servicio distinto al de referencia y si el Servicio una vez valorado el caso considera que no puede resolverlo con sus medios es quien tiene que realizar la propuesta de canalización al centro que considere que puede resolver la patología. En este caso, hubo una propuesta de un facultativo del Servicio de Ginecología, que a petición de la paciente, inicia los trámites de canalización de la paciente eligiendo como centro de referencia el Servicio de Neurocirugía del Hospital ?Puerta del Hierro? de Madrid, saltándose al Servicio de Neurocirugía de referencia que es el del HUVA, por eso no es admitida por el Director Médico del HGURS y se remite al Servicio de Neurocirugía de la Comunidad para su diagnóstico, tratamiento y valoración".

Hubo, desde luego, un error por parte de la Dra. x al considerar que el Servicio de Ginecología podía iniciar el expediente para la derivación de la paciente, pero el protocolo diseñado por el SMS para estos casos funcionó inmediata y correctamente, paralizando dicha solicitud por inidónea y enviando a la paciente al Servicio de referencia para su valoración y posterior derivación si procedía, sin que el tiempo de espera para esta consulta sobrepasara, como indica la Inspectora Médica, el plazo que, al efecto, fija el Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia.

2.^a No haber recibido una adecuada asistencia por parte del Dr. x, del Servicio de Neurocirugía del HUVA.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

En este sentido la reclamante no ha aportado prueba alguna que respalde su afirmación en relación con la inadecuación de la asistencia prestada por el Jefe del Servicio de Neurocirugía del HUVA. La Administración, sin embargo, sí ha practicado las pruebas que estaban a su alcance, incorporando al expediente el informe del citado facultativo, así como el de la Inspección Médica, de los que se desprende que la actuación del Dr. x se ajustó a normopraxis.

En efecto, tal como señala este facultativo la primera vez que asistió a la reclamante fue el día 25 de enero de 2008, momento en el que ésta ya había consultado, por decisión propia, con el Dr. x y había decidido que éste la interviniere quirúrgicamente de la lesión hipofisaria que padecía, pero para ello necesitaba que el Servicio de Neurocirugía apreciase que concurrían las circunstancias clínicas que así lo aconsejaban y la derivase hacia el Hospital Puerta de Hierro. Al respecto, el Dr. x explica cómo para tomar dicha decisión necesitaba realizar un estudio hormonal completo que solicitó, explicando tal circunstancia a la reclamante, pero ésta ya no volvió a la

consulta. La necesidad de este estudio endocrinológico es cuestionado por x, pero sin aportar prueba alguna en este sentido, sin embargo su conveniencia es defendida por la Inspección Médica al señalar que para establecer un diagnóstico exacto de un adenoma hipofisario es preciso llevar a cabo los estudios clínicos, bioquímicos y radiológicos oportunos, y sólo ante el resultado de todos ellos se podrá llevar a cabo una valoración de las opciones terapéuticas que no se reducen a la intervención quirúrgica, sino que comprenden también el tratamiento médico farmacológico y la radioterapia. En este sentido el facultativo indica que no siempre la intervención quirúrgica es lo más adecuado, ya que los adenomas productores de prolactina responden muy bien al tratamiento con dopaminérgicos. En el mismo sentido la Inspección Médica señala que la medicación con bromocriptina y cabergolina resultan muy eficaces para tratar los prolactinomas. Así pues, la cirugía no resulta la única opción válida, es más, señalan los facultativos informantes que se han constatado numerosas complicaciones tras la cirugía transeptoefenoidal, a lo que cabe añadir la posibilidad de que resulten dañadas el resto de hormonas hipofisarias. Lo anterior evidencia que las precauciones adoptadas por el Dr. x antes de decidir si la paciente debía o no ser intervenida quirúrgicamente, no constituyeron, como afirma ésta, una dilación indebida para no proceder a su derivación a otro centro médico, sino una práctica ajustada a protocolo para decidir con el mayor rigor posible la actuación terapéutica más idónea, y fue la paciente la que no agotó las posibilidades que el sistema proporciona para que, en el supuesto de resultar necesario, se afrontase por la sanidad pública el tratamiento quirúrgico al que finalmente, por decisión propia, se sometió en la privada y, por tanto, debe asumir los gastos originados por este concepto.

En este mismo sentido, cabe señalar que la garantía de una cobertura universal, que sirviera de mecanismo de resarcimiento patrimonial indiscriminadamente en supuestos como el presente (esto es, que, permitiera acudir a la sanidad privada sin ser derivado de la pública o fuera de los supuestos previstos, y obtener después el correspondiente reembolso de los gastos médicos ocasionados por la vía de la responsabilidad patrimonial), comprometería la virtualidad del sistema público de la asistencia sanitaria.

En definitiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, cabe entender que no se ha acreditado que existiera una asistencia sanitaria no ajustada a los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente a la Administración los daños alegados por la reclamante.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

No obstante, V.E. resolverá.