



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 169/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de junio de 2014, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 22 de octubre de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 352/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en el registro general de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el día 2 de septiembre de 2009, x, a través de representación letrada, relató las circunstancias acaecidas en relación con el tratamiento médico dispensado por la sanidad pública a partir del día 8 de enero de 2009, a la que acudió con motivo de padecer fuertes dolores en la zona lumbar.

En síntesis, señala lo siguiente:

1. Que el día antes citado acude al Hospital de Molina de Segura, al sentir un fuerte dolor lumbar en el lado derecho. En dicho centro sanitario se le realizaron distintas pruebas de las que resultó el diagnóstico de pielonefrosis pitiásica piélica.
2. Que ese mismo día se remitió a la paciente al Hospital Morales Meseguer (HMM), en el que se le practicaron distintas pruebas exploratorias y diagnósticas y le colocaron dos nefrostomías derivativas del riñón derecho.
3. Que el 27 de enero de 2009 se le dio el alta médica por mejoría, tras aplicarle un tratamiento médico conservador. En el informe de alta se señalaba como diagnóstico principal el de pielonefritis aguda 590.1.
4. Que al presentar fiebre alta durante varios días, el 26 de febrero de 2009, la paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del HMM, donde, tras ingresar en el Servicio de Urología, se le practicaron nuevas pruebas diagnósticas, entre ellas, una TAC de abdomen simple, que arrojó el siguiente resultado: "Signos de Pielonefritis

crónica secundaria a litiasis coraliforme en el riñón derecho, con afectación inflamatoria extensa del espacio perirrenal y múltiples conglomerados adenopáticos retroperitoneales. La presencia de gas en las cavidades hidronefróticas probablemente se explica por los lavados a través de tubo de nefrostomía aunque no se puede descartar sobreinfección por gérmenes productores de gas. Estenosis inflamatoria del uréter proximal. No se observan complicaciones relacionadas con el tubo de nefrostomía".

5. Que el 9 de marzo de 2009 se le dio el alta médica por mejoría, tras administrarle tratamiento médico conservador y lavados por nefrostomía, haciendo constar como diagnóstico pielonefritis crónica reagudizada 590.1. Se le prescribió tratamiento médico y se le indicó que se la avisaría telefónicamente para realizarle cirugía programada, circunstancia que, a la fecha de presentación de la reclamación, aún no se había producido.

6. Que como quiera que el dolor y el malestar general persistían, el día 16 de marzo de 2009 acudió al Hospital San Carlos de Murcia, en cuyo servicio de urología se le practicaron diversas pruebas, se le realizó un lavado con nefrostomía que no dio resultado, se le pautaron antibióticos y, finalmente, fue ingresada para intervenirla quirúrgicamente.

7. Que el 18 de marzo de 2009 se realizó nefrectomía derecha y se evidenció una "*gran fibrosis peri-renal con abcesificación en su superficie y adherido a estructuras adyacentes + lavado de la cavidad con antibiótico + drenaje renal*". El resultado del análisis anatomo-clínico concluyó el diagnóstico de "*Pielonefritis aguda-crónica Xantogranulomatosa*", después de realizar un examen macroscópico que reflejó el peso del riñón de 800 gramos, y un sistema pielocalcial dilatado e irregular con contenido purulento.

Por todo ello, considera que existe una clara responsabilidad de la Administración sanitaria, cuyo anormal funcionamiento hubiera podido provocar su fallecimiento, si no hubiera sido intervenida en el hospital de la sanidad privada. Existe, a su juicio, una relación de causalidad entre el daño y los perjuicios sufridos y el mal funcionamiento de los servicios públicos. Desde el día 8 de enero de 2009, fecha en que acudió por primera vez al Hospital de Molina de Segura, hasta el 16 de marzo del mismo año en que ingresó en el Hospital de San Carlos, donde le extirparon el riñón, había sufrido de forma innecesaria, lo que pudo evitarse si se la hubieran atendido adecuadamente. En dos ocasiones ingresó en el HMM, la segunda de ellas de urgencias, y en ninguna de esas asistencias se logró resolver su dolencia, hasta que finalmente se dirigió a un Hospital privado, al encontrarse en una situación crítica, con riesgo para su vida.

En atención a lo anterior, solicita ser indemnizada en la cantidad de 36.730,06 euros (27.134,78 euros en concepto de días de baja y secuelas; y 9.595,28 euros, en concepto de reintegro de los gastos que le había ocasionado el tener que acudir a la sanidad privada).

A la reclamación se une diversa documentación correspondiente a la asistencia sanitaria recibida tanto en la sanidad pública como en la privada; escritura de poder otorgada por la reclamante a favor de su letrado; y facturas acreditativas del pago efectuado al Hospital San Carlos por el importe antes señalado.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y notificado ello tanto a la interesada como a la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), la instrucción requiere al Hospital de Molina de Segura y al HMM, el envío de las historias clínicas de la paciente, así como informe de los facultativos que la atendieron. Igualmente, una vez obtenida la debida autorización de la reclamante, también se solicitó al Hospital San Carlos la remisión de

su historia clínica.

TERCERO.- Remitida la información solicitada, se incorporan al expediente las historias clínicas de la paciente, así como informe emitido por el Dr. x, Jefe de Sección del Servicio de Urología del HMM, del siguiente tenor:

"1. La paciente fue diagnosticada de una probable (sólo se puede afirmar tras la nefrectomía) pielonefritis xantogranulomatosa derecha, a raíz de un episodio febril de reagudización de un cuadro crónico. La pielonefritis xantogranulomatosa es una enfermedad crónica que con seguridad llevaba meses o años de evolución. Su tratamiento de elección es la nefrectomía. Sólo en ocasiones excepcionales se puede conservar parcialmente el riñón."

2. Fue remitida a nuestro Servicio procedente del Hospital de Molina el 8 de enero de 2009. Ante la sugerencia ecográfica de presencia de material purulento en la vía urinaria (pionefrosis) se colocaron dos nefrostomías percutáneas para el drenaje correcto de todas las cavidades, confirmando la presencia del mismo. Tras pasar la fase infecciosa aguda se decidió alta hospitalaria (27-1-2009) con tratamiento antibiótico con la finalidad de revisarla en Consultas Externas (23-2-2009) tras un tratamiento prolongado para valorar la viabilidad del riñón y tratar de controlar toda actividad microbiana posible. Esto es así porque siempre debe intervenirse quirúrgicamente una vez resuelta la infección para disminuir los riesgos de complicaciones sépticas en el periodo perioperatorio y, en segundo lugar, para confirmar la necesidad de extirpar el riñón o conservarlo. El 23-2-2009 se le pidió una gammagrafía renal para comprobar la viabilidad del citado riñón.

3. El 26 de febrero acudió de nuevo a urgencias por una nueva reagudización de su cuadro crónico que se controló permeabilizando las nefrostomías mediante lavados y con tratamiento antibiótico. Es dada de alta el día 9-3-2009 siendo incluida en ese momento en lista de espera quirúrgica ante las escasas posibilidades de conservar el riñón y la repetición en poco tiempo de dos reagudizaciones. Es indiscutible que la paciente debía permanecer un tiempo no inferior a 2 semanas con tratamiento antibiótico para intentar garantizar que no existe infección, como ha demostrado la evolución posterior.

4. Según refiere la reclamante, el día 16 de marzo acude al sanatorio San Carlos por nuevo episodio febril y nefrostomías no funcionante. El tratamiento de elección es tratar de permeabilizar las nefrostomías y, en caso de no lograrlo, volver a colocar una nefrostomía nueva. Como ese procedimiento no se suele realizar en el citado centro hospitalario y la paciente no mejoraba clínicamente, decidieron someterla a una nefrectomía de urgencia con el resultado anatopatológico esperado.

5. Toda pielonefritis xantogranulomatosa tiene características similares a las descritas (un peso superior al riñón normal) y la descripción anatopatológica no es consecuencia de la evolución de los últimos dos meses sino que el cuadro estaba presente desde el momento del primer diagnóstico como enfermedad crónica que es.

6. Si la paciente hubiese acudido a urgencias al Hospital Morales Meseguer se le hubieran cambiado las nefrostomías y se le habría intervenido de forma diferida una vez controlada la infección como se ha hecho en los otros ingresos. Es la indicación y no otra. Afortunadamente, y nos alegramos de ello, la evolución de la paciente ha sido satisfactoria a pesar del riesgo de no haber cambiado la nefrostomía el primer día que acudió a urgencias en el Sanatorio San Carlos y de haberse intervenido por ello en pleno cuadro séptico. Si la paciente casi fallece se debe a un manejo insuficiente de este proceso urgente al no disponer de los medios adecuados el centro al que se

ha dirigido y nunca por el mal funcionamiento de la atención en el H. Morales Meseguer que ha sido en todo momento la correcta y ortodoxa como certificará cualquier urólogo con el que se consulte. Para apoyar esta observación he de decir que en nuestro Servicio nunca se ha realizado una nefrectomía de urgencia por una pielonefritis xantogranulomatosa. Para constatar que ésta es la buena práctica, recientemente, en la Reunión anual de la Asociación Murciana de Urología celebrada en Cartagena, el Servicio de Urología de Hospital Reina Sofía ha presentado los resultados de todas las pielonefritis xantogranulomatosas operadas a lo largo de su historia y nunca han realizado una intervención de urgencia. Esto pone de manifiesto que el motivo de la intervención urgente fue dirigirse a otro centro donde no suelen poner nefrostomías percutáneas que es el tratamiento de elección del cuadro con el que llegó. Fue esta circunstancia y no otra la que puso en riesgo la vida de la paciente.

7. Respecto al motivo por el que la paciente no fue llamada para ser intervenida he de decir que tuvimos conocimiento del hecho de que se había intervenido en otro Centro por lo que no fue llamada para la intervención".

CUARTO.- Consta acreditado en el expediente que por la interesada se interpuso recurso contencioso-administrativo contra la denegación presunta de su reclamación, que ha dado lugar al Procedimiento Ordinario 601/2010, que se sigue ante la Sala de Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia.

QUINTO.- Con fecha 21 de diciembre de 2009 la instructora solicita informe a la Inspección Médica, que lo evacua el día 8 de abril de 2013 (registro de entrada en el SMS del día 18 del mismo mes), y en el que, tras valorar las historias clínicas y demás documentación de carácter médico contenida en el expediente, concluye lo siguiente:

"1. La paciente fue correctamente diagnosticada y tratada en el HMM durante el ingreso acaecido desde el 8 de enero hasta el 27 del mismo mes, del cuadro de pionefrosis que presentaba, mediante nefrostomía y antibióticos.

2. La paciente presentó una nueva agudización infecciosa por lo que fue nuevamente ingresada el 26 de febrero. Se le controló de nuevo la infección y se le incluyó en lista de espera para nefrectomía, con tratamiento antibiótico hasta intervención. Presentaba una reagudización de una pielonefritis catalogada como crónica. La actitud es correcta.

3. La paciente acudió a urólogo privado a los pocos días del alta hospitalaria. Presentaba fiebre y se le realizó una nefrectomía. Para evitar complicaciones sépticas postquirúrgicas la nefrectomía se debe realizar con control previo de la infección.

4. Los dos ingresos fueron adecuados, el tratamiento correcto y la nefrectomía era inevitable. La decisión de acudir a la sanidad privada interrumpió el proceso de tratamiento en la sanidad pública".

SEXTO.- Requerida por la Instructora la compañía de seguros remite dictamen médico emitido por un facultativo, especialista en urología, en el que tras realizar las consideraciones médicas que se estiman oportunas, se concluye del siguiente modo:

- "1. La paciente fue diagnosticada correctamente de *pionefrosis* (*hidronefrosis infectada de etiología litiásica*).
2. Se trató correctamente mediante *nefrostomía percutánea* y *antibioticoterapia*.
3. En el momento del diagnóstico (TAC) ya presentaba afectación del espacio retroperitoneal. Además la diuresis por la nefrostomía durante el seguimiento fue mínima y purulenta, por lo que la nefrectomía era irremediable.
4. La paciente fue valorada por el Servicio de Anestesia (consulta preanestésica) e incluida en la lista de espera para nefrectomía el 9-3-09.
5. Parece ser que presentó un cuadro de agudización el 16-3-09 por lo que acudió a un Centro Privado. Se intentó manejo conservador (lavados de la nefrectomía) y ante la no respuesta se realizó a las 48 horas una nefrectomía derecha (no se me ha aportado informe).
6. La cirugía de urgencia de la pionefrosis o de la *pielonefritis xantogranulomatosa* está gravada con un porcentaje muy importante de complicaciones sépticas graves. Por lo que se le debería de haber cambiado la nefrostomía y recuperado el estado general antes de la realización de la nefrectomía.
7. La paciente interrumpió el proceso diagnóstico-terapéutico acudiendo a un Centro Privado.
8. La actuación de todos los Profesionales del Sistema Público de Salud implicados en este caso fue totalmente correcta, ajustándose al 'estado del arte' de la medicina y cumpliendo en todo momento con la *Lex Artis ad hoc*".

SÉPTIMO.- Otorgado a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia y vista del expediente, el 5 de agosto de 2013 su letrado presenta alegaciones, en las que ratifica los hechos expresados en su inicial escrito de reclamación, al tiempo que indica que el informe de la Inspección Médica "no es más que un mero trámite burocrático carente de la más mínima objetividad e imparcialidad, que justifica un proceder del todo censurable, habiendo demorado de forma injustificada el tratamiento que precisaba x".

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria, al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria de la Región de Murcia.

OCTAVO.- Con fecha 22 de octubre de 2013 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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 en relación con el 12 del Reglamento del Procedimiento de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento

La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar.

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 21 de diciembre de 2009, fecha en la que se solicita informe de la Inspección Médica, hasta el día 18 de abril de 2013, en el que aquél tiene entrada en el SMS.

De otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por la reclamante el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, siempre y cuando no hubiera recaído sentencia, pues el reclamante puede desistir o solicitar la ampliación del recurso contencioso administrativo a la resolución expresa. En todo caso convendría que el departamento consultante actuara coordinadamente con la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad, en su condición de centro superior directivo de los asuntos contenciosos en los que es parte la Administración regional (artículo 4.2 de la Ley 4/2004, de 22 de octubre, de Asistencia Jurídica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), como ya sugerimos en nuestro Dictamen núm. 72/06.

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

Conforme se desprende de los Antecedentes, la reclamante solicita indemnización por tres conceptos: días de incapacidad, secuelas y resarcimiento de los gastos que alega haber hecho efectivos en la sanidad privada, daños que imputa a un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios regionales en forma de retraso en practicarle la intervención quirúrgica que la patología que sufría demandaba, en los términos que se detallarán en la siguiente Consideración.

En relación con los gastos ocasionados en la medicina privada, como venimos indicando en reiterados Dictámenes (por todos, el 17/2008) "en el *Dictamen de 27 de noviembre de 2003 (Exp. 3322/2003)*, (el Consejo de Estado) recordó que *"debe dilucidarse si los gastos realizados en la medicina privada son asumibles por la Administración sanitaria o deben ser soportados por el propio interesado. Únicamente procedería el abono de tales gastos, a título de responsabilidad patrimonial de los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, en el caso de error de diagnóstico o inasistencia en la sanidad pública, y a título de reintegro de gastos, en el caso de que la atención en la sanidad privada traiga causa de una "urgencia vital", de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud"*".

No habiendo acreditado la concurrencia de una urgencia vital, el resarcimiento de los daños por los que ahora se reclama depende de que pueda considerarse acreditado que la reclamante sufrió, en la sanidad pública, una asistencia sanitaria no ajustada a la *lex artis* que justificaría que acudiera a un centro hospitalario privado, en el que se le practicó una nefrectomía.

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

Para la reclamante, la asistencia sanitaria recibida fue incorrecta, puesto que una vez diagnosticada de pielonefritis aguda se le dio indebidamente el alta incluyéndola en lista de espera para ser operada, no atendiendo así el carácter urgente con el que debía ser intervenida quirúrgicamente, lo que la obligó a acudir para ello a un hospital privado.

Dicha cuestión aparece íntimamente relacionada con el criterio jurisprudencial de la *lex artis*. Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*. Esta doctrina jurisprudencial sigue plenamente vigente, como recoge la STS, Sala 3^a, de 2 de noviembre de 2011.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la *lex artis*, que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, 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 normopraxis 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 (por todas, STS, Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999).

Descripción a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervenientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación y en qué medida, atendiendo al estado que presentaba la paciente, debía o no ser intervenida quirúrgicamente de modo inmediato, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos obrantes en el expediente -el especial valor probatorio de estas pericias en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-.

Examinado el expediente no consta pericia alguna aportada por la reclamante en apoyo de sus imputaciones de mala praxis más allá de lo manifestado por ésta. Por el contrario, de los fundados y razonados informes médicos incorporados al expediente como consecuencia de la labor instructora llevada a cabo por la Administración (del urólogo del HMM, de la Inspección Médica, y del perito de la compañía aseguradora), se extrae nítidamente la conclusión de que la asistencia sanitaria que se prestó a la paciente fue totalmente ajustada a normopraxis.

En efecto, la patología que presentaba fue correctamente diagnosticada desde el principio y el tratamiento dispensado fue el adecuado. La intervención de urgencia no sólo no era necesaria sino que era pertinente no llevarla a cabo mientras que la infección persistiese. A este respecto indica el urólogo del HMM que cuando surge la tercera reagudización (que fue tratada ya en un hospital privado al que, voluntariamente, acudió la reclamante), la actuación procedente hubiese sido la permeabilización de las nefrostomías y, si ello no se conseguía, la instauración de unas nuevas. Intervenir quirúrgicamente a la enferma sin haber controlado previamente la infección sí que supuso, según este facultativo, un riesgo para la vida de x.

Según la Inspección Médica la actuación del Servicio de Urología del HMM de controlar la infección concomitante antes de la cirugía, con el fin de evitar complicaciones sépticas postquirúrgicas, fue la adecuada, y si la nefrectomía no se llevó a cabo en la sanidad pública fue como consecuencia de que la enferma, voluntariamente, decidió acudir a un hospital privado.

En este mismo sentido el perito de la aseguradora del SMS, especialista en urología, tras considerar que la actuación de los facultativos del HMM fue ajustada a *lex artis*, concluye afirmando que la cirugía de urgencias de la pionefrasis o de la pielonefritis xantogranulomatosa está gravada con un porcentaje muy importante de complicaciones sépticas graves, por lo que cuando se produjo el tercer proceso, atendido en la sanidad privada, se debería haber cambiado la nefrostomía y recuperado el estado general antes de la realización de la nefrectomía.

No ha quedado, pues, acreditado, en el supuesto que nos ocupa, que en la sanidad pública se retrasara indebidamente el tratamiento que, según la paciente, precisaba, consistente en una intervención quirúrgica de urgencia. Por otro lado hay que tener en cuenta que la paciente fue atendida en todo momento y que se estaba efectuando un seguimiento adecuado de sus dolencias, sin que se haya probado que la misma agotara las posibilidades que el sistema público proporciona, de modo que cuando surge la tercera reagudización decide voluntariamente no acudir a la sanidad pública y hacerlo a la sanidad privada y, por tanto, debe asumir los gastos originados por este concepto.

En este mismo sentido, cabe señalar, como hemos hecho en Dictámenes emitidos en supuestos prácticamente idénticos al que nos ocupa, 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 el reclamante.

QUINTA.- Sobre la indemnización solicitada.

Aun cuando la no concurrencia de los elementos necesarios para generar la responsabilidad patrimonial determina que no haya de abonarse indemnización alguna a la reclamante, ello no obsta para que se efectúen las siguientes consideraciones acerca del *quantum* indemnizatorio, dado que el artículo 89 LPAC, al que se remite el artículo 13 RRP, dispone que la resolución decidirá todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del procedimiento.

En cuanto a los gastos originados en la sanidad privada, se dan por reproducidas las razones que se recogen en la Consideración Tercera del presente Dictamen, en apoyo de su no procedencia. En lo que se refiere al resto de conceptos por los que se reclama (días de incapacidad y secuela), cabe señalar que los mismos se habrían producido aunque la intervención se hubiese llevado a cabo en la sanidad pública, y nunca lo hubiesen sido como consecuencia de una actuación no ajustada a *lex artis*, sino como efecto obligado de la operación que resultaba necesario practicar atendiendo a la dolencia que padecía, no revistiendo, pues, antijuridicidad alguna, teniendo la reclamante obligación de soportarlos como un riesgo propio de su padecimiento.

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.

