

Dictamen nº: **429/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.09.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 14 de septiembre 2021, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial sanitaria promovido por D. (en adelante “*el reclamante*”), por los daños sufridos como consecuencia del retraso en ser atendido en Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el Registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 25 de octubre de 2019, la persona referida en el encabezamiento formuló reclamación de responsabilidad patrimonial, asistida por medio de letrado, por los daños sufridos como consecuencia del retraso diagnóstico de la celulitis- fascitis necrotizante en miembro inferior izquierdo y síndrome de Shock séptico incipiente por Streptococo Pyogenes, que padecía, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURC), al haber tenido que acudir para su diagnóstico y tratamiento, según aduce, a la sanidad privada.

En el escrito de reclamación expone que el día 2 de enero de 2019 presentó al levantarse un dolor en miembro inferior izquierdo, desde la rodilla hasta el tobillo. A lo largo de la mañana y hasta las 15 h, el dolor fue incrementándose, con aumento del perímetro de la pierna, presentando asimismo “tiritona”. Ante tal sintomatología, refiere que llamó al SUMMA 112 a las 15.25 horas si bien tras 8 minutos de espera al teléfono, la llamada se interrumpió por lo que fue trasladado en coche por un familiar al Hospital Ramón y Cajal, llegando a Urgencias a las 17:29 h. Al llegar a Urgencias pasó al Área de Triaje, a las 17:50 h, siendo clasificada la urgencia como de prioridad “verde”, lo que implica que se trata de una urgencia menor, siendo el tiempo de espera de unas 2 horas.

Continúa afirmando que posteriormente fue atendido por el médico que “*no examinado al paciente, ni preguntando por la intensidad del dolor ni examinando los informes de neurología, cardiología y medicina vascular que el enfermo llevaba, mantuvo el color verde y pidió que volvieran a la sala de espera hasta ser de nuevo llamado, no pautándose prueba alguna para diagnóstico.*”

Considera a la vista de las actuaciones que relata en la reclamación que “*es evidente que su valoración por la enfermera de Urgencias fue errónea ya que el tipo de urgencia dado su estado era emergencia y por el contrario se calificó de urgencia menor (color verde)*” y que “*la evaluación practicada por la doctora fue nula ya que no pautó ninguna prueba y le remitió de nuevo a la sala de espera motivo por el que no consta en su informe ninguna valoración*”.

Prosigue relatando que dado el dolor intenso que sufría, a las 18:38 h. solicitó a su familia que le llevarse al hospital privado que había frente a su domicilio, la Clínica de la Universidad de Navarra, donde llegó a las 19:11 horas. Una vez abandonado el HURC indica la reclamación que el paciente fue efectivamente llamado para ser

atendido en Urgencias a las 21:33 h. cuatro horas tras su llegada.

Una vez en la clínica privada se le realiza la correspondiente exploración, de cuyo resultado aporta el informe elaborado, en el que se indica “*anamnesis: varón de 79 años que acude a Urgencias con dolor intenso en MII de unas 24 h. de evolución, en gemelo izquierdo, irradiado a tobillo. A la exploración signos de celulitis: aumento de diámetro de la pantorrilla izquierda respecto a la contralateral, eritema y calor local. Llegó Urgencias con Tiritona y fiebre de 38º. Anticoagulado con Eliquis por fibrilación auricular. Se solicitó analítica y hemocultivo*”. Señala que a las 19.47, esto es, aproximadamente 36 minutos más tarde ya cuentan con los primeros resultados de la analítica, siendo el juicio clínico celulitis en MII, quedando ingresado por episodio de sepsis en contexto de celulitis necrotizante por Streptococo Pyogenes con suministro de antibióticos y morfina toda la noche.

Ante este diagnóstico se decidió cirugía urgente para fasciotomía que tuvo lugar a las 00.16 h del día 4 de enero de 2019, tras lo cual tuvo que ser ingresado en la UCI donde hubo de permanecer hasta el día 7 de enero.

Relata, asimismo, que tras la intervención tuvo que ser operado nuevamente bajo anestesia general a cargo del cirujano plástico para procedimientos de refrescamiento y sutura grande y mediana desde el 17 de enero de 2019, hasta la realización de injerto de piel realizado el día 14 de marzo siguiente y que se le colocaron sistemas VAC en tres ocasiones, el mismo día 17 de enero, el 23 y el 29 del mismo mes.

El 29 de enero de 2019 recibió el alta hospitalaria de la clínica privada, afirmando que unos días antes de producirse la misma, su esposa y su hija “*acuden al médico de familia de la seguridad social, con los informes médicos pertinentes, para solicitar ser atendido de nuevo por la Seguridad Social y se les indica por el facultativo que “si habían*

optado por la sanidad privada con ella debía seguir el enfermo hasta su curación”, respuesta que considera “*incomprensible*”.

Tras el alta, precisó nuevas intervenciones a cargo de Cirugía Plástica que se realizaron en la clínica privada al no ser aceptada, según afirma, la continuidad de su tratamiento y seguimiento en la sanidad pública. En concreto se le practicaron intervenciones de refrescamiento y colocación de sistema VAC los días 4,11, 19 y 26 de febrero y 4 y 14 de marzo. Habiendo “*prendido*” los injertos realizados al 50% desde dicha fecha se le han practicado curas tópicas en la clínica hasta el 30 de julio de 2019, siendo posteriormente realizadas en su domicilio.

Señala asimismo que paralelamente a todo lo anterior y para su correcta recuperación, debió someterse a tratamiento rehabilitador por prescripción médica de fecha 10 de abril de 2019 (20 sesiones de 10 minutos), pero que, no obtuvo cita para dicho tratamiento hasta el 14 de octubre de 2019, por lo que de nuevo tuvo que acudir a tratamiento rehabilitador privado en la misma clínica donde fue tratado inicialmente. Acompaña diversas facturas por este concepto que ascienden a 1.730 euros y 319,20 euros, por una infiltración pautada para poder tolerar el dolor en las sesiones de rehabilitación.

Señala en relación con todo este proceso, que le ha quedado como secuela un 77% de incapacidad reconocida por la Comunidad de Madrid, y que “*es evidente que si ante la demora del Servicio de Urgencias del HURC, el paciente no hubiera optado por su traslado a otra clínica, las consecuencias hubieran sido irreversibles e imprevisibles, pues la pierna se estaba necrosando y la no intervención sanitaria rápida hubiese podido ocasionar su fallecimiento, dado que el diagnóstico principal fue celutitis necrotizante por Streptococo Pyogenes, Síndrome de Shock séptico por Streptococo Pyogenes. Insuficiencia cardiaca en concepto de shoc séptico*”.

Solicita en concepto de daños que se le reembolsen los gastos efectuados en la sanidad privada que ascienden en el momento de la reclamación a 62.595,98 euros, además de los correspondientes a la rehabilitación. Lo que importa un total de 64.325,98 euros.

Por último, refiere que desde el año 2004 viene siendo tratado en la sanidad pública de episodios de lumbalgia si bien en la clínica privada con fecha 3 de abril de 2019 fue diagnosticado de aplastamiento osteoporótico con edema óseo en proceso de consolidación, según resultados objetivados en RM de columna lumbar que le fue practicada. Para acreditar esta última circunstancia aporta informe de 3 de abril de 2019 del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica Universitaria de Navarra.

Junto con la reclamación se aportan los informes de la asistencia dispensada en Urgencias del HURC, informes médicos del tratamiento dispensado en la Clínica Universitaria de Navarra, diversas facturas correspondientes a dicho tratamiento y un amplio reportaje fotográfico del estado de la pierna tras la fasciotomía que le fue practicada.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

1.- Según se relata en el informe de la directora Médica Asistencia del SUMMA 112 de fecha 17 de enero de 2020, el 2 de enero de 2019 se registra una llamada en el sistema del SUMMA 112 a las 15:25 solicitando asistencia para un paciente por “temblor”, según siempre dicho informe la comunicación se corta por lo que el médico coordinador intenta contactar en dos ocasiones con el paciente, no atendiendo nadie la llamada al domicilio, (no se han incorporado al expediente los registros de la llamada).

2.- De acuerdo con la historia clínica del reclamante en el HURC, el

paciente, de 79 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de dislipemia, EPOC moderado-severo, hipertensión arterial, ETE fleb 2017 (ilegible) prolapsode válvula mitral entre P2 y P3 con rotura de cuerdas a nivel de comisura posterior, estenosis carotidea derecha grave intervenida, estenosis carotidea izquierda leve, enfisema bulboso, acude a Urgencias del citado centro hospitalario, donde ingresa a las 17:39 (página 168 del expediente administrativo). A las 17:50 horas es valorado en el Área de Triaje, haciéndose constar que padecía “*problemas en las extremidades*” que se concretan en “*dolor I*” asignándole una prioridad verde. (página 167 del expediente administrativo).

Consta en el informe de Urgencias que se le dio el alta a las 21:33 consignando como causa “*fuga*”.

3.- De acuerdo con la documentación aportada en relación con el tratamiento dispensado en la Clínica Universitaria de Navarra, el paciente ingresó en el Servicio de Urgencias el día 2 de enero de 2019 haciéndose constar en el informe correspondiente a la asistencia dispensada “*anamnesis: varón de 79 años que acude a Urgencias con dolor intenso en MII de unas 24 h de evolución, en gemelo izquierdo, irradiado a tobillo. A la exploración signos de celulitis: aumento de diámetro de la pantorrilla izquierda respecto a la contralateral, eritema y calor local. Llego a Urgencias con Tiritona y fiebre de 38º.*

Anticoagulado con Eliquis por fibrilación auricular. Se solicitó analítica y hemocultivo”.

A las 19:47 se anotan los resultados de la analítica haciéndose constar una carga de leucocitos de 26, 7 10E/9L, neutrófilos 92, 7%, Neu 24,72% 10L/9L, linfocitos 2,7, entre otras variables.

Se indica asimismo en ese informe que durante su estancia en Urgencias se inicia analgesia y antibioterapia, anotándose “*comentado*

con M. Interna. Se decide ingreso para control del dolor y control analítico. Dejo solicitada ecografía para mañana". El diagnóstico que se indica en el mismo informe es celulitis en estado II.

Asimismo, se le realiza una radiografía de tobillo donde no se evidencian lesiones óseas agudas (página 31 del expediente administrativo) y una resonancia magnética en la que se objetiva "*extensa celulitis subcutánea difusa del MII con edema de planos interfaciales y leves cambios inflamatorios/infecciosos en el vasto lateral del cuádriceps izquierdo probablemente por contigüedad*".

El día 4 de enero a las 00:16 se le practica fasciotomía (síndrome compartimental) por fascitis necrotizante en la pierna izquierda, tomándose muestras de aponeurosis muscular y débito seroso cutáneo para su análisis. Tras la intervención el reclamante es ingresado en la UCI. Interesa destacar del informe al ingreso el relato de los antecedentes "*acude a urgencias el 2/01 por dolor en miembro inferior izquierdo de unas 24 h, destacando aumento de volumen y eritema con equimosis locales, impresionando de celulitis. Reconoce tiritona intensa unas horas antes esta mañana y aseo personal (uñas) hace 48 horas. A su llegada febril 38º. (...) en analítica destaca lecucrosis de hasta 30.000. Mal control del dolor que precisa PCA de morfina. A la exploración signos de celulitis MII (...) realizados hemocultivos: cocogram positivo que impresiona de estreptococo*".

Asimismo, se indica "*sepsis incipiente. Sospecha de endocarditis*", con impresión diagnóstica de infección severa de partes blandas.

A las 17:22 horas se anota "*intervenido a tiempo con cuadro compartimental que se libera con fasciotomía, pero sin haber llegado a realizar necrosis de músculo (...) sin cumplir todos los parámetros de síndrome de shock tóxico por estreptococo*".

El día 7 de enero de 2019 es trasladado a planta y el 29 de enero de 2019 ante la buena evolución es dado de alta. En el informe médico de alta se da cuenta de que durante el ingreso el paciente sufrió dos episodios de F.A paroxística y un “*episodio de insuficiencia cardiaca con evolución óptima con diuresis realizándose ecocardiograma TT y posteriormente TE, que descarta endocarditis infecciosa.*”

4.- Con fecha 10 de abril 2019, el paciente solicitó a través del médico de Familia, tratamiento rehabilitador, (página 2828 del expediente administrativo) siendo visto por el rehabilitador el 24 de septiembre del 2019, prescribiéndole 20 sesiones de fisioterapia, a comenzar el 14 de octubre 2019, constando en las anotaciones de seguimiento de su centro de salud que se encontraba pendiente de rehabilitación el 24 de septiembre de 2019 (página 86 del expediente administrativo). Ante dicho lapso de tiempo el reclamante manifiesta que decidió acudir a un rehabilitador privado, lo que resulta de las facturas incorporadas a su reclamación por este concepto.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Mediante escrito de fecha 14 de noviembre de 2019 se comunica al reclamante la admisión a trámite de su reclamación y la normativa aplicable al expediente, asimismo se requiere a la letrada firmante de la reclamación para su alta en el correspondiente servicio telemático a los efectos de lo previsto en el artículo 14.2 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (PCAP).

Una vez presentada la reclamación inicial, el 19 de diciembre de 2019 el reclamante presenta escrito ante el SERMAS con el objeto de interrumpir la prescripción a los efectos de lo dispuesto en el artículo

1973 del Código Civil y artículo 4.3 del 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 (sic).

Se incorporó al expediente la historia clínica del reclamante a la que se acompaña el informe del servicio presuntamente causante del daño, en este caso, informe del SUMMA 112 de 15 de enero de 2020, de cuyo contenido ha sido preciso dar cuenta en el relato fáctico del presente dictamen, informe del coordinador del Servicio de Urgencias del HURC de fecha 17 de enero de 2020, en el que se afirma que “*el paciente fue visto a las 18.15 h, en la denominada “consulta avanzada”; consulta que se ha habilitado en el área de “verdes”, en horario de tardes que es el horario de mayor demanda asistencial (el día 2 de enero de 2019 en toda la urgencia se vieron 508 pacientes estancia media 5:45) para una hacer valoración médica rápida, y poder discriminar criterios de gravedad, adelantar pruebas diagnósticas e incluso iniciar tratamiento, antes de hacerle una valoración completa por el Facultativo asignado; por tanto es inexacto decir tal como afirma en el punto tercero de la reclamación que fue atendido por el médico que no examinado al paciente, ni preguntando por la intensidad del dolor ni examinando los informes de neurología, cardiología y medicina vascular que el enfermo llevaba, mantuvo el color verde y pidió que volvieran a la sala de espera hasta ser de nuevo llamado, no pautándose prueba alguna para diagnóstico.*” Continua relatando que, una vez visto por el facultativo, a las 18:15 se solicitó una analítica de sangre y orina (es decir 25 minutos después de ser clasificado por Enfermería y 46 desde su llegada al hospital), señala que no es correcto afirmar en consecuencia que el paciente no fue tratado por la sanidad pública debido a la mala asistencia prestada en el HURC pues según afirma, queda acreditado que al paciente se le “*empezó a tratar de forma correcta hasta que se marchó de forma voluntaria del hospital*”.

Consta un acuse de recibo por parte de la compañía aseguradora del SERMAS, de la declaración de siniestro (sic) de fecha 3 de enero de 2020.

Se emitió informe de la Inspección Sanitaria el 20 de noviembre 2020. En dicho informe tras analizarse la reclamación, se afirma respecto de la concreta asistencia dispensada al reclamante que “*probablemente si el paciente hubiera continuado en Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, le hubieran diagnosticado el cuadro clínico y le hubieran tratado correctamente, al igual que en la Clínica de Navarra, pero más tarde, ya que si le llamaron a las 21,33 h (no constan llamadas previas), a esa hora ya estaba diagnosticado de la presunta celulitis en MII, solicitado hemocultivo para ver una posible sepsis incipiente, comenzando antibioterapia sistémica esa misma noche...., con lo que sí podemos afirmar que el tiempo mejoró el pronóstico funcional del paciente, evitando la necrosis con posibles amputaciones del MII, e incluso el pronóstico vital, si llega a instaurarse un cuadro séptico generalizado por estreptococo pyogenes en un señor de casi 80 años, con patologías previas*”.

Concluye, por tanto, tras exponer las características de la patología que presentaba el reclamante que “*al paciente no se le denegó la asistencia en el Hospital Ramón y Cajal, pero dicha asistencia fue insuficiente ya que no constan en la Historia clínica datos que hicieran sospechar la gravedad del cuadro clínico: tamaño del miembro inferior, coloración, temperatura.....ni solicitud de prueba analítica alguna. Cuando el paciente llegó a Urgencias de la clínica privada, media hora más tarde de abandonar las urgencias del hospital público, presentaba una posible urgencia vital, que se sospechó rápidamente, tras la exploración del miembro inferior: una celulitis-fascitis necrotizante, que podía ocasionar un shock séptico; sospecha que se hizo más evidente al ver la intensa leucocitosis en la primera analítica solicitada, y que se*

confirmó rápidamente tras realizarse el resto de pruebas analíticas y hemocultivo.

El diagnóstico rápido, la rápida instauración de la antibioterapia sistémica y la rápida intervención quirúrgica: fasciotomía de MII, para aliviar el síndrome compartimental, mejoró el pronóstico vital y funcional del paciente, aunque a pesar de ello sufra secuelas importantes, dada la gravedad del cuadro.

La urgencia se produjo un día 2 de enero del 2019, cuando en el Servicio de urgencias del Hospital Ramón y Cajal se atendieron a 508 pacientes, con una estancia media superior a 5 horas, y tal vez ésta sobresaturación ocasionó que no se detectara la posible gravedad del cuadro clínico del paciente”.

Este informe, sin embargo, no se pronuncia sobre la corrección de la asistencia telefónica por parte del SUMMA 112, ni respecto del retraso en el tratamiento rehabilitador, ni respecto de la falta de diagnóstico de la patología de la columna lumbar que padecía el reclamante que según afirma venía siendo seguida como lumbalgia en el HURC desde el año 2004.

En fecha de 3 de septiembre de 2020 la representación del reclamante solicitó información del estado de la tramitación del expediente.

El 15 de septiembre presentó más documentación, acreditativa de los gastos generados como consecuencia de su tratamiento en la sanidad privada.

El 26 de enero 2021 de nuevo se solicita información sobre el estado de tramitación del expediente, que fue respondida el día 28 siguiente.

Terminada la instrucción del procedimiento, se confirió trámite de audiencia al reclamante, que fue notificado el 19 de mayo de 2021, habiendo dado cumplimiento a dicho trámite mediante escrito de 3 de junio de 2021, al que acompaña informe pericial de especialista en medicina legal y forense de fecha 4 de mayo de 2021, del que interesa destacar por ilustrativa la siguiente afirmación “*este paciente no solamente apareció por el Servicio de Urgencias del Hospital “Ramón y Cajal” fascitis necrotizante ocasionada por el Streptococcus Pyógenes, sino que además este germe ya estaba en la sangre del paciente (había pasado a la sangre) cuando acude al “Ramón y Cajal”. Dicha situación queda absolutamente patente con la descripción de su situación clínica cuando ingresa en la Clínica “Universidad de Navarra” con fiebre, escalofríos o tiritona, leucocitosis, etc. que se data al menos en la mañana del día 2-1-2019. Esta situación de sepsis o infección en la sangre por el Streptococcus Pyógenes se demostró fehacientemente con el cultivo en sangre (hemocultivo) positivo para este germe en la toma sanguínea de urgencias en la Clínica “Universidad de Navarra” que la traía el paciente con anterioridad y se trata de una situación infecciosa (la septicemia) cuando se asocia a fascitis necrotizante, como en este caso, de extrema gravedad y cuyo tratamiento no es susceptible de demora alguna porque cada minuto que pasa las posibilidades de fallecimiento del paciente aumenta exponencialmente entre un 30 y un 80 %. Esto es así porque la evolución de la septicemia, aun con tratamiento, pero en mayor grado sin una tratamiento rápido y eficaz como el demorado en el Hospital “Ramón y Cajal” significa la progresión hacia un shock séptico e incluso hacia un shock tóxico propio de esta infección. En el caso de D. los signos de shock empezaban a ser evidentes con tendencia a la hipotensión y seguidamente a las tensiones arteriales muy justitas pese al tratamiento expansor del plasma (infusión de líquidos y/o transfusiones). Lo siguiente es el fallo multiorgánico y el fallecimiento (...)”*

En el escrito de alegaciones que, corrobora el contenido del informe de la Inspección Sanitaria y discrepa de lo obrante en el informe del

Coordinador de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal, se aduce que “*no dudamos de la cualificación del personal de enfermería, pero en este caso y ante el cuadro que presentaba el paciente, la valoración fue evidentemente errónea, ya que según triaje fue clasificado al “área verde”, es decir “urgencia menor”, no tomándole ni tan siquiera temperatura ni tensión*” y respecto de la denominada “consulta avanzada”, afirma que además de errónea “*ciertamente fue tan rápida que ni le examinó la pierna, ni constantes vitales, ni comprobó su historial médico y desde luego no le indicó al paciente ni a su esposa que fuera a solicitar analítica de sangre y orina y reiteramos que fue errónea puesto que le volvió a remitir al “área verde” a la espera de ser de nuevo llamado*”. Respecto de la indicada analítica afirma que no consta documentalmente y a mayor abundamiento, que “*si fuera cierto que a las 18,15 h se le hubiera llamado para dicha analítica, la extracción de muestras se hubiera practicado, ya que el paciente estaba esperando a esa hora en el “área verde” para ser atendido, puesto que como se ha indicado abandonó urgencias a las 18,38h*”.

Considera, por tanto, inadecuada la asistencia dispensada en el HURC, así como la dispensada tras el alta una vez solicitado el seguimiento por la sanidad pública, puesto que dicha asistencia fue inexistente.

Respecto del tratamiento rehabilitador señala la importancia del proceso de rehabilitación para incorporarse a las actividades diarias, como ya fue advertido en el informe de Cirugía plástica de 15 de febrero de 2019, antes aludido.

Concluye señalando que los daños y perjuicios reclamados son los desembolsos económicos que el paciente se vio obligado a realizar de su peculio, para ser debidamente atendido, así como son reclamados los desembolsos posteriores que realizó y que dieron lugar a una más pronta rehabilitación y a una secuela inferior a la que le hubiera

quedado de no ser atendido con la debida diligencia, cantidades que ascienden a 64.325,98 euros.

Junto con este escrito se aporta además del informe pericial reseñado, una declaración de fisioterapeuta colegiada sobre el estado de funcionalidad de la pierna del reclamante, y una tarjeta acreditativa del grado de discapacidad emitida por la entonces Consejería de Políticas Sociales y familia del 77% de carácter permanente desde el 20 de julio del 2020.

Asimismo, se incorpora al expediente informe médico pericial emitido por un doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Interna, y con certificación de Capacitación en Medicina de Urgencias y Emergencias de la SEMES (Sociedad española de medicina de Urgencias y Emergencias), de fecha 14 de enero de 2021, cuya solicitud no consta, en el que en contra de lo afirmado en el informe de la Inspección Médica y en el informe pericial de parte, se considera que la asistencia dispensada al reclamante fue adecuada, sobre las siguientes conclusiones, entre otras: *“si el enfermo hubiese permanecido en urgencias, la evolución hubiese sido la misma porque cuando llegó a la CUN fue diagnosticado de celulitis sin gravedad. No se sospechó inicialmente la existencia de una fascitis necrotizante que fue diagnosticada unas 28 horas después. No podemos saber qué hubiese ocurrido si hubiese sido valorado en el Hospital Ramón y Cajal donde pudo darse importancia a este dato y adelantar la fasciotomía y las secuelas que el enfermo presenta. Lo que es seguro que el manejo inicial habría incluido la administración de un antibiótico y analgésico que es lo único que se hizo en la CUN durante esas 28 horas”*. Asimismo afirma que en la consulta avanzada se solicitaron análisis, pero el enfermo se fue antes de que se realizaran (25 minutos después de esta consulta) y señala que el paciente no reunía los criterios para hacer el diagnóstico de síndrome de shock tóxico estreptocócico y que no presentó un shock séptico que se define como una hipotensión y/o fracaso de un órgano

que no mejora con la administración de fluidos o hay elevación de ácido láctico ya que, cuando apareció en la hipotensión, mejoró con el tratamiento en la UCI, no hubo fracaso orgánico y no hubo elevación de ácido láctico.

Una vez incorporado este último informe, con fecha 11 de junio de 2021 se dio nuevo traslado a la representante del reclamante que con fecha 23 de junio presenta nuevo escrito de alegaciones en las que, después de plantear sus reservas sobre los motivos por los que una vez concluida la instrucción se solicita nuevo informe, procede a valorar algunas afirmaciones del mismo que considera que “*lejos de basarse en hechos y consideraciones médico-legales son meras especulaciones o afirmaciones sin sustento alguno*”.

El viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, al considerar que la actuación en el Servicio de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal fue correcta y no ha influido en la evolución del proceso que presentaba el paciente.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 2 de julio de 2021, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 364/2021, a la letrada vocal Dña. Elena Hernaez Salguero, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión de 14 de septiembre de 2021.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por solicitud de órgano legitimado para ello de conformidad con el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte, se ha realizado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto que ha sufrido el daño que imputa a la actuación médica durante la asistencia sanitaria en el HUG.

En cuanto a la representación con la que actúa, la reclamación se firma por el reclamante y su abogada por lo que debe entenderse que se presentó en su propio nombre mediante asistencia letrada, siendo así que los trámites ulteriores se realizaron con la indicada representante, para los cuales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5.3 de la LPAC, se presume la representación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño, estando integrado el HURC y el SUMMA 112, en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (*ex artículo 67 LPAC*). En el presente caso, la actuación médica origen de la reclamación se produjo el 2 de agosto de 2019, por lo que la reclamación presentada el día 25 de octubre del mismo año, está formulada en plazo, con independencia de la fecha de estabilización de las secuelas.

No se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha recibido la historia clínica del paciente e incorporado al expediente y se ha recabado el informe del servicio del hospital al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, respectivamente; además, consta también emitido el informe de la Inspección Sanitaria.

No se aprecia vulneración alguna del procedimiento al haberse incorporado informe pericial con posterioridad a la evacuación del trámite de audiencia, más allá del reproche que puede realizarse a la falta de constancia en el expediente de su solicitud, puesto que, al haberse concedido trámite de audiencia posterior, queda enervada toda posibilidad de indefensión por este motivo.

Tras la incorporación de todo ello al expediente, con fecha 19 de mayo de 2021 se dio audiencia al reclamante de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que presentó el correspondiente escrito de alegaciones, el 3 de junio siguiente acompañado de la tarjeta en la que consta el grado de discapacidad permanente de la Consejería Políticas Sociales y Familia, informe pericial de 4 de mayo de 2021 e informe de fisioterapeuta de 2 de junio de 2021.

Finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC. En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se

haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada actualmente por la LRJSP, en sus artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014), requiere el cumplimiento de los requisitos siguientes:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
- c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de

2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, “*no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa*”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público, en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo en jurisprudencia reiterada (por todas, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de 19 de mayo de 2015, recurso de casación 4397/2010) ha señalado que “*no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados*”. En análogo sentido, la Sentencia de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016).

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex*

artis y el resultado lesivo o dañoso producido, debe acreditarse por quien reclama la indemnización, conforme al artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse, en los términos de la doctrina de la facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes. “*El principio de facilidad probatoria hace recaer las consecuencias de la falta de prueba sobre la parte que se halla en una posición prevalente o más favorable por la disponibilidad o proximidad a su fuente*”. (STS de 17 de septiembre de 2019, recurso de casación 3575/2016).

Finalmente, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios (y no de resultados concretos) debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso 2228/2014) destaca: “*La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente*”.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente se deduce que, sin la existencia de un daño real y efectivo por quien solicita ser indemnizado, no cabe plantearse una posible

responsabilidad de la Administración. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que “*la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas*” constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado “*que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado*”.

Conforme a lo que acabamos de decir, procede, en primer término, analizar la realidad del daño alegado, que en este caso consiste únicamente en el reembolso de los gastos que el paciente realizó en la sanidad privada, sin plantear la existencia de daños morales o de pérdida de oportunidad, siquiera sea de forma indirecta. Por tanto, debe considerarse que los daños cuya restitución se solicita son únicamente los daños económicos que le ha ocasionado haber tenido que acudir, a la sanidad privada.

Dichos daños están acreditados en el expediente mediante la aportación de las correspondientes facturas.

Acreditada la realidad del daño es preciso determinar si existe la necesaria relación de causalidad del mismo con la asistencia sanitaria dispensada. En este caso son varias las actuaciones a que se imputa un eventual daño.

En primer lugar, respecto de la llamada al SUMMA 112, la propia representación del reclamante señala específicamente en su segundo escrito de alegaciones que “*en relación al SUMMA 112 y al hecho de que el enfermo no fuera atendido por ningún médico, se afirma en el Informe que: “este incidente telefónico no tuvo ninguna trascendencia en la evolución del paciente ya que rápidamente decidió acudir al servicio de*

urgencias del hospital". Pues bien, hemos de resaltar que en definitiva este Servicio 112 no funcionó correctamente y esto es lo importante". De esta forma resulta, que no anuda de forma directa consecuencia alguna de esta deficiente asistencia en relación con los daños ocasionados al reclamante, no planteando siquiera la existencia de relación de causalidad entre la atención telefónica y el daño padecido. Es por ello que esta Comisión advirtiendo que el expediente pudiera no estar completo al no incorporar los históricos de las llamadas efectuadas a dicho centro, entiende por economía procedural, que su falta no ocasiona indefensión al reclamante, ni dificulta el discernimiento sobre los hechos por esta Comisión.

El elemento central de la reclamación que constituye el núcleo de los hechos acontecidos se refiere a la asistencia dispensada en Urgencias del HURC. Respecto de esta última, como señalamos en nuestro Dictamen 248/16, de 30 de junio, o más recientemente en el Dictamen 175/21, de 18 de mayo, en materia de reembolso de gastos por asistencia en la sanidad privada, el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid vino manteniendo la siguiente doctrina (recogida, entre otros, en los dictámenes 209/09, de 29 de abril, 648/11, de 23 de noviembre, o 56/14, de 5 de febrero): “*Las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9^a, nº de recurso: 174/2004).* Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo de

tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, «confianza – como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm 378/2008, de 25 de marzo; nº de recurso 184/2005- que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria». Respecto del requisito de urgencia vital que permitiría el reembolso de gastos ha señalado la jurisprudencia que tal concepto incluye, no solo el peligro inminente de muerte, sino también el riesgo de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona, (Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, de 16 de noviembre de 2009, rec. 4426/2008).

Además, conviene recordar que la regulación legal solo permite acudir a la sanidad privada a cargo del sistema público de salud, en casos de urgencia vital cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios del Sistema Nacional de Salud, en los términos del artículo 4.3 del 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, interpretado restrictivamente por los tribunales del orden social [vid. sentencia del Tribunal Supremo (Sala Cuarta) de 25 de mayo de 2009 (recurso 2/2008) y sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 20 de enero de 2015 (recurso de suplicación 771/2014)].

La determinación de la concurrencia de estas circunstancias en torno a la asistencia dispensada al reclamante descansa principalmente en los tres informes periciales incorporados al expediente administrativo, y su contraste con los elementos que obran en el mismo. En este caso resulta llamativa la contradicción entre el informe pericial aportado por el reclamante y el informe de la Inspección

Médica, frente al informe pericial de 14 de enero de 2021.

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados*”.

Esta Comisión, en numerosos dictámenes, ha reconocido el especial valor del informe de la Inspección Sanitaria (así los dictámenes 60/16, de 5 de mayo, 532/16, de 24 de noviembre o 551/16, de 7 de diciembre), señalando cómo la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene dando una importancia capital a tal informe, así por todas la Sentencia de 18 de enero de 2016 (recurso 872/2013) según la cual: “*(...) en los informes de la Inspección Sanitaria la opinión de los técnicos se obtiene extraprocesalmente, por lo que la fuerza vinculante de sus opiniones no tiene las características de la prueba pericial, pero ello no supone que queda privada de todo valor, ya que puede ser ponderada como elemento de juicio en la valoración conjunta de la prueba, siendo de significar que los Inspectores Médicos han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad*”. Naturalmente ello no quiere decir que, en la valoración conjunta de la prueba, no pueda apartarse de los criterios sustentados en los informes de la Inspección Sanitaria, como entre otros se ha señalado en el Dictamen 490/16, de 27 de octubre, analizando de forma ponderada con el resto de elementos probatorios la concurrencia de los requisitos precisos para

considerar la presencia de responsabilidad patrimonial.

En este caso el informe de la Inspección sobre la asistencia en Urgencias indica que la misma no fue adecuada, específicamente por lo que se refiere a la denominada “*consulta avanzada*” por el coordinador de Urgencias del HURC, ya que tal y como concluye no aparece ningún documento escrito de la indicada consulta, ni reflejo de la sintomatología, ni datos exploratorios, ni la solicitud de analítica de sangre y orina que según se afirma en el indicado informe, se le pidió al paciente. Efectivamente se comprueba que en el informe de alta de Urgencias no consta ninguno de los datos que permitiría concluir que más allá del primer examen de Enfermería para triaje, se dispensó alguna atención al paciente, ahora bien, pese a que la inspección considera inadecuada esta atención, no cabe desconocer que el paciente, abandonó el servicio de Urgencias antes de ser atendido.

Por otro lado para el reconocimiento de reembolso de gastos, además de la falta de asistencia o asistencia inadecuada es preciso que la vida o la salud del paciente se haya visto comprometida, circunstancia que resulta contradicha en el informe pericial incorporado al expediente de 14 de enero de 2021. En este caso si bien el informe de la Inspección Sanitaria y el del perito de parte afirman que “*en la clínica privada se actuó con total celeridad, se evitó el cuadro necrótico grave, que podría haber originado amputaciones, y el evidente Shock séptico por estreptococo pyogenes, que podría haber sido letal*” o “*En este caso la decisión del paciente de ausentarse del “Ramón y Cajal” donde no era atendido para acudir a la Clínica “Universidad de Navarra” debió significar la conservación de su pierna izquierda que de otro modo hubiera terminado con su amputación*”, ciertamente como pone de manifiesto el informe pericial incorporado al expediente administrativo de fecha 14 de enero de 2021, el paciente no presentó shock séptico o tóxico, indicándose en los informes médicos de la Clínica Universitaria

de Navarra que no reúne todos los criterios, lo que implica que sí alguno de ellos, llegando a presentar dos episodios de fibrilación auricular en este contexto. De este modo cabe afirmar que, aunque se hubiera producido la inadecuada atención en Urgencias que indica el informe de la inspección en el momento de asignar la prioridad en el tratamiento al reclamante, ello no se traduciría sin más, en el compromiso vital necesario para proceder al reembolso de gastos, ya que como indica el dictamen pericial de 14 de enero de 2021, el paciente hubiera sido atendido si hubiese permanecido en urgencias, pero el enfermo se fue antes (25 minutos después de esta consulta).

A ello cabe añadir que como indica dicho informe “*el manejo inicial habría incluido la administración de un antibiótico y analgésico que es lo único que se hizo en la CUN durante esas 28 horas*”.

Igualmente debe considerarse que el reclamante no comunicó su intención de abandonar el Servicio Urgencias del HURC, ni refirió el empeoramiento de sus síntomas o solicitó ser atendido ante la gravedad de los mismos, constando únicamente el alta por “fuga”, tan solo una hora después de su llegada (17,29 a 18,38 horas), incluso menos, si se considera el lapso de tiempo desde que se le hizo el triaje que tuvo lugar a las 17;50 horas, tiempo de espera que sin perjuicio de lo indicado en el informe de la Inspección Sanitaria respecto de la inadecuada asistencia recibida, no permite considerar comprometida gravemente la salud o la vida del reclamante. Por lo anterior no cabe reconocer la concurrencia del requisito de riesgo vital, para el reembolso de gastos.

Además, el reclamante no solicitó en modo alguno la asistencia a través de otros medios sanitarios públicos (otro centro hospitalario, centro de salud, etc.), cuando nada se lo impedía, ni acudió a un centro de la misma naturaleza una vez obtenido el diagnóstico de celulitis necrotizante en la pierna izquierda, lo que hubiera sido factible teniendo en cuenta que no fue intervenido en la clínica privada hasta las 00.16

horas del día 4 de enero de 2019, esto es, más de 24 horas después de ser atendido en urgencias del HURC.

Por tanto, a juicio de esta Comisión, no se dan los requisitos precisos para el reembolso de los gastos generados por la asistencia al reclamante en un centro privado, en la cantidad de 62. 595,98 euros.

Respecto del tratamiento rehabilitador al que se imputa un retraso de 6 meses, vinculado a la existencia de una lista de espera, debemos partir de lo señalado en la Sentencia del Tribunal Supremo, de 24 de septiembre de 2001, que declara que *“ello no obsta para dar la razón a la parte recurrente cuando afirma que los medios de la Administración no pueden ser ilimitados. Nadie pretende tal cosa. Ni respecto de la Administración sanitaria, ni respecto de ninguna otra. El llamado régimen “de cola” es criterio -alumbrado de antiguo- que inspira la interpretación aplicativa de la regulación jurídica de los servicios públicos en general, y del servicio público sanitario, en particular. La disponibilidad de medios personales y materiales es siempre limitada, y con ello hay que contar (...).*

En el mismo sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de julio de 2011 (rec. 6777/2009) partiendo de la admisibilidad de las listas de espera permite el rembolso de los gastos, si se acredita el riesgo vital, o que se pueda producir un deterioro importante en la salud, cuando afirma *“que desde la juricidad (sic) de la lista de espera y al margen del reintegro de gastos, en centros privados, cabe entender que serán daños jurídicos, luego existe el deber jurídico de soportarlos, los que se refieran a las molestias de la espera, precauciones y prevenciones que hay que tener en tanto llega el momento de la intervención, la desazón que implica o la rebaja que esto suponga en calidad de vida por controles o vigilancia del padecimiento hasta la operación. Por contra el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un*

error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que, sin llegar a anular, sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada”.

El Tribunal Supremo ha señalado en Sentencia de 23 de junio de 2008, “*no existe urgencia vital cuando se trata, simplemente, de recibir tratamiento rehabilitador y la demora en prestar esa asistencia no consta que ponga en riesgo la vida del afectado, ni su recuperación*”. Lo que no se produce, por ejemplo, como asimismo indica el alto tribunal en su Sentencia de 22 de noviembre de 2006, “*cuando se trata de recibir tratamiento rehabilitador por estar consolidadas ya las secuelas...*”.

Estas circunstancias tampoco aparecen acreditadas en el expediente, ya que si bien, como se indica en el informe de Cirugía Plástica, el tratamiento rehabilitador tiene por objeto que el reclamante pueda volver a deambular por sus propios medios intentando que no pierda la extremidad, no se acredita que tal circunstancia pudiera haberse producido como consecuencia de la espera de citación para la realización del tratamiento de fisioterapia en las fechas en que fue asignado, seis meses después de su solicitud, (entre abril y octubre de 2019), lapso de tiempo que no resulta desmesurado y cuya incidencia en la recuperación funcional de la extremidad del reclamante no ha sido probada. Por lo tanto, no procede reembolsar al reclamante la cantidad de 1.730 euros en concepto de rehabilitación.

Lo mismo puede afirmarse respecto de la, a juicio del recurrente incorrecta asistencia respecto del dolor lumbar que padecía y su diagnóstico, por lo que no procedería el reintegro de gastos de tal diagnóstico en la sanidad privada, cuyo desembolso, además, no consta diferenciado en las facturas remitidas.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse los requisitos para el desembolso de los gastos ocasionados en la sanidad privada.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 14 de septiembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 429/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid