

Dictamen n.º: **315/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 30 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., (en adelante “*el reclamante*”), representado por una letrada, por la asistencia sanitaria que le fue dispensada el 31 de agosto de 2022, por una perforación gástrica, que no le fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 18 de octubre de 2022, en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el interesado antes citado representado por una letrada formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por ciertos daños y perjuicios, que atribuye al retraso en el diagnóstico y tratamiento de la perforación de víscera hueca que presentó, que atribuye a la sanidad madrileña.

Cuestiona la asistencia que le fue dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares –en adelante HUPA-, el día 31 de agosto de 2022, donde no se le diagnosticó su dolencia.

Según refiere el escrito de reclamación, el día 31 de agosto de 2022, el reclamante acudió a las 20:54 horas al Servicio de Urgencias del HUPA por dolor abdominal de seis días de evolución y, tras la realización de una serie de pruebas y la administración de analgesia, se le dio el alta con informe, en el que se recoge que presentaba un dolor abdominal en probable relación con un cólico biliar.

Al no cesar el referido dolor, 4 horas más tarde, acudió a una clínica privada, donde fue nuevamente explorado, realizándole diversas pruebas médicas.

En discordancia temporal con lo anterior y con los datos de la propia documentación médica aportada junto con el referido escrito; el escrito de reclamación indica que el reclamante, el día 5 de septiembre de 2022, ingresó en otro hospital privado del mismo grupo, siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia, por sufrir una perforación de víscera hueca.

Por todo ello, el afectado solicita una indemnización de daños y perjuicios, en cuantía que no concreta, destinado a la compensación de los daños causados y a la cobertura del coste económico de la intervención en el hospital privado.

Adjunta a su reclamación, copia de la tarjeta sanitaria del reclamante, diversa documentación médica y el escrito de apoderamiento de la letrada actuante.

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

El paciente, nacido el 24 de noviembre de 1986 y sin antecedentes médicos de interés, acudió el 31 de agosto de 2022 a las 13:32 horas a las Urgencias del HUPA en posición antiálgica, por dolor abdominal de 6 días de evolución, irradiado a flanco y hombro derecho. No refirió náuseas, ni vómitos o alteraciones gastrointestinales y permanecía afebril.

En la exploración efectuada se anotó tensión arterial y saturación en límites normales, frecuencia cardiaca de 44 latidos por minuto, que permanecía eupneico y con una auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.

El paciente presentaba mal estado por el dolor y se reflejó en el informe la imposibilidad de explorar el abdomen por esa causa. No obstante, permanecía consciente y orientado, bien hidratado, perfundido y coloreado y sin aspecto séptico.

En la analítica realizada, sólo resultó elevada la glucosa, con valor de 147mg/dl (74-106). Así, los restantes valores eran normales, anotándose la creatinina 0.55mg/dl (0,70-1,30), creatín quinasa 230U/l (46-171) y troponina ultrasensible 0,010ng/ml (<0,004). El resto de las determinaciones también estaban dentro de la normalidad, incluidas las enzimas pancreáticas y hepáticas, los indicadores de la función renal y hepática y los reactantes de fase aguda, así como el hemograma y la hemostasia. En la orina se contabilizaron leucocitos 10-15 por campo (<2).

La radiografía de tórax, no mostró infiltrados, ni línea de neumoperitoneo y la de abdomen denotó un luminograma inespecífico.

En la ecografía abdominal se observó el hígado de tamaño y ecogenicidad normal, sin presencia de lesiones ocupantes de espacio. No se observó dilatación de la vía biliar intra o extrahepática y la vesícula

biliar, se observó con paredes finas, no distendida; aunque con – al menos tres- pólipos milimétricos en su interior.

La cabeza pancreática, proceso uncinado y cuerpo visualizado no presentaban alteraciones significativas.

El bazo y los riñones eran de tamaño y morfología adecuadas y no presentaba alteraciones en las vías excretoras. La vejiga estaba poco replecionada, por lo que no era valorable.

Finalmente se indicaba que, no se observaba líquido libre abdominal y, como conclusión de todo ello, se indicó que se habían observado imágenes sugestivas de pólipos vesiculares, como posible motivo del cuadro de dolor.

Tras aplicar analgesia y constatar buena tolerancia oral, el paciente causó alta hospitalaria el mismo día 31 de agosto de 2022, a las 20:54 horas, con juicio clínico de *“dolor abdominal en probable relación con cólico biliar”*.

Según resulta de la documentación aportada por el paciente, cuatro horas más tarde, el paciente acudió a un centro médico privado por persistencia del dolor abdominal, con abdomen de difícil exploración y defensa, que no parecía voluntaria. Se anotó además que presentaba abdomen blando, depresible y punto Mc Burney (+), Blumberg (+) y Psoas (+).

La analítica a las 0:58 horas del referido día 1 de septiembre de 2022, denotó signos de infección: 20800 leucocitos, 18500 neutrófilos (89,8%), 1000 linfocitos (4,7%) y plaquetas 178.000.

La bioquímica arrojó los siguientes datos: sodio 137,7, potasio 4.33, CA 1.13, CL 104.9, glucosa 101.

El juicio diagnóstico emitido fue que presentaba un *“dolor abdominal agudo, a descartar abdomen agudo (probable apendicitis aguda)”*.

Siguiendo la precedente indicación médica, se trasladó al paciente a otro centro hospitalario privado, del mismo grupo.

En el momento del ingreso, presentaba tensión arterial de 118/77mmHg, frecuencia cardiaca de 81 latidos/minuto y temperatura corporal de 36.2°.

Manténía aparente regular estado general, estaba normocoloreado y eupneico y mantenía dolor con predominio en el flanco y la fosa iliaca derecha, rebote+, sin visceromegalia. Presentaba escleras blancas, conjuntivas rosadas y auscultación cardiopulmonar sin alteraciones.

El abdomen se encontraba blando y depresible, con dolor a la palpación en todo el abdomen.

La analítica a las 4:52 horas denotó hemoglobina de 14.7; 17240 leucocitos, 83% neutrófilos, creatinina 0.85, perfil hepático normal, PCR 73.38, lactato 1.1, y elevación del tiempo de protrombina e INR.

Se solicitó un TAC abdominal a las 5:53 horas, que denotó aire estraliuninal en moderada cantidad en relación con el neumoperitoneo, sin identificar con claridad una zona de perforación.

Ante tales datos clínicos y evidencias diagnósticas, el paciente fue intervenido quirúrgicamente a las 12.30 horas, por perforación gástrica. Lo hallazgos intraoperatorios denotaron la presencia de una *“úlcerca prepilórica en cara anterior gástrica, peritonitis purulenta de todo el espacio supramesocólico y absceso de Douglas”*.

Se realizó el lavado de la cavidad, con identificación de la úlcera prepilórica en la cara anterior, de 1 cm de diámetro. Se efectuó: “*sutura primaria con puntos sueltos. Epiploplástia de Cellan-Jones con parche pediculado. Hemostasia y drenaje. Lavado profuso con drenaje de absceso pélvico*”.

El paciente ingresó en la UCI durante el postoperatorio, con alta a planta de hospitalización el 2 de septiembre de 2022 y alta a domicilio el día 5 de septiembre de 2022.

Se le efectuó revisión el 14 de septiembre, con retirada de material de sutura y solicitud de gastroscopia, en un mes.

La gastroscopia se le realizó el día 19 de octubre de 2022, sin evidenciar signos de complicación en la cavidad gástrica, (se tomaron muestras de fundus) y se constataron signos de retracción mucosa en rodilla duodenal, secundarios a la cirugía y a la úlcera previa.

Los resultados de Anatomía Patológica no mostraron datos de malignidad y se constató H. pylori negativo.

Se recomendó al paciente retomar su actividad habitual, mantener tratamiento con omeprazol y efectuar revisión en tres meses.

Según consta, el proceso sanitario estuvo cubierto económicamente por un seguro privado de salud: AEGON ESPAÑA, S.A.

TERCERO.- Presentada la reclamación, 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).

El día 21 de octubre de 2022, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS comunicó al reclamante, la admisión a trámite de su reclamación, la normativa aplicable y el sentido desestimatorio del

silencio, cuando hubiera transcurrido un periodo de 6 meses. Constan dos intentos de notificación telemática infructuosos, realizados con anterioridad –folios 30, al 33-.

Con igual fecha se procedió a comunicar la existencia del procedimiento a los dos clínicas privadas cuya asistencia se narra en la reclamación, indicándoles que aunque las asistencias sanitarias prestadas en tales centros no son objeto de reproche, era preciso que remitieran copia de la historia clínica de que dispusieran, con objeto de disponer de los elementos de juicio suficientes para dictar en su día una resolución ajustada a derecho, de acuerdo con lo establecido en el artículo 80 de la LPAC.

Consta, a continuación, la historia clínica que documenta la asistencia al paciente en los referidos centros sanitarios privados, así como los documentos de consentimiento informado suscritos para la intervención quirúrgica que hubo de practicársele, el del correspondiente procedimiento anestésico y los de todas las pruebas invasivas a que fue sometido, en esos hospitales -folios 35 al 115-.

En el folio 37, se indica que toda la asistencia en los referidos centros privados se costeó por una aseguradora médica, AEGON ESPAÑA, S.A., con indicación del número de póliza correspondiente.

El día 15 de noviembre de 2015, se dio traslado de la reclamación a la aseguradora del SERMAS.

Posteriormente, se incorporó la historia clínica relativa a la asistencia cuestionada, del día 31 de agosto de 2022, en el Servicio de Urgencias del HUPA y un informe del responsable de ese Área hospitalaria, de fecha 2 de diciembre de 2022, en cumplimiento de lo previsto en el art. 81 de la LPAC.

El referido informe explica que, el cuadro de “dolor abdominal” es uno de los más complejos en las Urgencias, ya que las posibles causas del mismo abarcan tanto patologías banales, como otras potencialmente muy graves; por lo que habrá de establecerse el juicio diagnóstico, en cada caso, a la luz de los resultados de las pruebas practicadas.

En el supuesto analizado, destaca la normalidad de los resultados obtenidos en todas las pruebas diagnósticas que se realizaron al paciente en las Urgencias del HUPA, denotando que la analítica era completamente normal, como también los demás indicadores valorados. Así, el paciente no refirió náuseas, ni vómitos o alteraciones gastrointestinales y permanecía afebril, con tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación en límites normales, se encontraba eupneico y con una auscultación cardiopulmonar sin alteraciones; además de mostrarse consciente, orientado, bien hidratado, perfundido y coloreado y sin aspecto séptico.

Las pruebas radiológicas realizadas, de tórax y abdomen, tampoco mostraron signos de neumoperitoneo, ni de sufrimiento intestinal.

A pesar de todo ello, ante la persistencia del dolor en el flanco derecho del paciente, se le realizó una ecografía abdominal, que únicamente mostró varios pólipos en la vesícula biliar, por lo que se acentuó la sospecha de que presentara una patología biliar –litiasis-, como causa del dolor, lo que también era compatible con el tiempo que el paciente manifestó que lo estaba padeciendo.

De esa forma, tras siete horas de observación, con analgesia y buena tolerancia oral, se dio el alta al paciente; indicándole que volviera a las Urgencias hospitalarias si se producían otros signos de alarma en las horas siguientes.

A la vista de todo ello se considera que la asistencia prestada fue completa y se acomodó a los síntomas del paciente en el momento en

que se le atendió, con independencia de la evolución posterior del proceso, que más tarde ya sí mostraba una sintomatología clara -folios 1265 y 126-.

También se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 29 de septiembre de 2023 (folios 127 al 133), que analiza la asistencia sanitaria cuestionada y concluye que la misma fue adecuada y de acuerdo a *lex artis*.

El 5 de diciembre de 2023, se dio traslado de lo actuado al reclamante, para que efectuara las alegaciones que tuviera por pertinentes y, sin que consten efectuadas, el día 8 de abril de 2024, se ha formulado propuesta de resolución con sentido desestimatorio de la reclamación, al considerar que la asistencia analizada resultó ajustada a la *lex artis ah hoc*.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 15 de abril de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 239/24, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de mayo de 2024.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 indeterminada y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en 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, con independencia de la antigüedad de los hechos cuestionados, a la vista de la fecha de la reclamación iniciadora del procedimiento; se regula en la LPAC con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta. Actúa representado por una letrada, cuyo apoderamiento notarial adjunta.

Sin perjuicio de lo expuesto, debemos precisar que el reclamante carece de legitimación para reclamar el coste de los tratamientos médicos dispensados en los centros hospitalarios privados, que no abonó, al costearse por un seguro médico, según se documentó en el procedimiento.

Se cumple, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto a la asistencia cuestionada, que se prestó en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, perteneciente a la red sanitaria pública de la sanidad madrileña.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la asistencia cuestionada se produjo el día 31 de agosto de 2022, por lo que la reclamación formulada el día 18 de octubre de 2022, se encuentra claramente formulada en plazo.

Por lo demás, el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Urgencias del HUPA, que atendió al paciente en la asistencia cuestionada, además de haber solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de su incorporación al procedimiento, se ha concedido el trámite de audiencia al reclamante, que no ha efectuado alegaciones finales y, por último, se ha dictado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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 porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por

todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) 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”*.

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

Por la limitación de la responsabilidad activa del reclamante, según se precisó anteriormente, el análisis posterior se ceñirá a la valoración de la asistencia prestada en las Urgencias del HUPA.

Comenzando por la determinación del daño efectivo, debemos observar que, si bien la perforación gástrica que probablemente ya presentaba el paciente no le fue diagnosticada en la asistencia cuestionada del día 31 de agosto de 2022; al haber acudido sólo cuatro horas después a otro centro sanitario, donde se evidenció la patología y se le intervino con toda rapidez, no puede considerarse acreditado que haya sufrido un perjuicio en su salud o evolución, derivado de la primera asistencia en el HUPA.

Por lo demás, en cuanto a esa primera asistencia, ha quedado documentado en la historia clínica que la exploración y el procedimiento diagnóstico efectuado en las Urgencias del referido hospital madrileño fue completa, incluyendo una analítica, dos radiografías y una ecografía, además de la anamnesis, toma de constantes y la permanencia del paciente en observación durante 7 horas.

Pese a todo ello, los datos clínicos en ese primer momento no eran indicativos de la dolencia que presentaba el paciente y -por el contrario- hicieron visible una circunstancia compatible con todos ellos y que explicaría el dolor que presentaba, que apuntaba a un proceso de litiasis biliar; que no precisaba más que de tratamiento sintomático, como fue el aplicado, además de las indicaciones y advertencias de regresar a las Urgencias, si se producía algún empeoramiento.

El referido empeoramiento efectivamente se produjo y -además- con toda rapidez, pues sólo cuatro horas después del alta, el paciente ya presentaba infección, pero en ese momento el afectado decidió acudir a un centro clínico privado, con el que disponía de un aseguramiento y, afortunadamente, ya en ese lugar se dispuso de los medios para tratar con rapidez y diligencia la perforación gástrica, sin que del retraso invocado se hayan acreditado consecuencias.

Recordemos que, el proceso de diagnóstico resulta sumamente complejo en ocasiones en que la sintomatología no muestre la

enfermedad concurrente, como puede afirmarse que concurría en este caso y como hemos señalado reiteradamente, lo que procede y puede exigirse, es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

Por otra parte, también resulta destacable la circunstancia de que el paciente estaba siendo atendido en un servicio de Urgencias y que el cometido de tales servicios se circunscribe a las asistencias previstas en el Anexo IV 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. En ese lugar se define la atención de urgencia como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención ‘in situ’, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales”*.

Añade la precitada norma que *“la cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia comprende: 2.2. La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su*

vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia”.

En su aplicación al presente, resulta que, durante la primera asistencia el reclamante no mostraba sintomatología alguna que pudiera hacer pensar en la perforación gástrica, y, por contra, sí mostraba signos de otra patología que únicamente precisaba de analgesia y reposo, por lo que parece oportuna la decisión del alta, adoptada conforme a las circunstancias del momento en que se adoptó.

Respecto de la reclamación del coste de la asistencia privada, el reclamante carece de legitimación activa para intentar un reintegro de gastos, pues no soportó los referidos costes de la asistencia privada y porque, además, tenía cobertura sanitaria pública, de tal manera que su legítima decisión de acudir a la sanidad privada en modo alguno puede implicar que la Administración deba soportar los gastos de la misma.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, por no resultar acreditado daño alguno y considerar que la asistencia dispensada al

reclamante en las Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

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 30 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 315/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid