

Dictamen n.º: **657/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **24.10.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 24 de octubre de 2022, 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 Dña. ..... (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, al considerar deficiente la asistencia dispensada en el Hospital Clínico San Carlos, viéndose obligado a acudir a la sanidad privada para una cirugía de columna.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado en el registro del servicio Madrileño de Salud el día 7 de diciembre de 2022, la persona citada en el encabezamiento de este dictamen dice formular una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos.

La reclamante, en el citado escrito y en diversos correos posteriores enviados al Servicio de Atención al Paciente de dicho centro hospitalarios se limita a reclamar, de un modo confuso, el reembolso de los gastos en que incurrió al verse obligada a recurrir a la sanidad privada para una

intervención de columna, pues fue citada para una prueba de radiodiagnóstico con mucho retraso, el 21 de septiembre de 2023, de modo que si no recurría a la sanidad privada “*estaría en una silla de ruedas, o muerta...*”.

Requerida por el órgano administrativo el 20 de diciembre de 2022 para que aclarase los términos de su reclamación, presenta un nuevo escrito el 1 de febrero de 2023, de igual modo confuso y que en nada aclara sobre los hechos por los que reclamaba, si bien adjuntaba una serie de facturas acreditativas de la asistencia recibida en un hospital privado por importe de 25.543,43 euros.

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

Se trata de una paciente de 74 años de edad en el momento de los hechos, que el día 14 de septiembre de 2016 acude a Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, por dorsalgia de predominio en zona lumbar, de unas 48 horas de evolución, en relación con sobreesfuerzo; refiere haber ganado 10 Kg de peso en el último año. A la exploración física, presenta musculatura paravertebral contracturada. Apofisalgias lumbares. Restricción leve de la movilidad.

En pruebas complementarias: radiografía de columna dorsal, antero-posterior y lateral, en la que se observa osteoporosis y cifosis con acuñamientos dorsales. Diagnóstico: lumbalgia mecánica.

El 20 de septiembre de 2016, vuelve a Urgencias por cuadro de lumbalgia de 7 días de evolución de características mecánicas. Sin clínica neurológica. Diagnóstico: lumbalgia mecánica, contractura muscular. Sin esfuerzos, calor local, analgésicos y control por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 21 de junio de 2020, acude al servicio de Urgencias por dolor lumbar al incorporarse de una silla desde hace dos o tres días. Se le practica pruebas radiológicas de columna lumbosacra, antero posterior y lateral, donde se aprecian cambios degenerativos, sin patología ósea aguda. Se pauta tratamiento analgésico con el que refiere mejoría, siendo el episodio en ese momento compatible con lumbalgia mecánica, sin datos de alarma.

El 23 de junio de 2020, vuelve a Urgencias por dolor en región lumbar tras sobreesfuerzo de 5 días de evolución. No ha mejorado el dolor con el tratamiento pautado. Sin alteración de la fuerza ni sensibilidad. Sin alteración del control de esfínteres. Se le realizan radiografías de columna dorsal y lumbosacra antero posterior y lateral, no encontrándose patología ósea aguda. Diagnóstico: lumbalgia mecánica. Se amplía el tratamiento médico y se indica revisión por el traumatólogo de zona en 2 semanas.

Con fecha 2 de julio de 2020, acude al Servicio de Urgencias por dolor en región lumbar, tras sobreesfuerzo hace dos semanas. Ha estado sin analgesia hasta ese día y consulta por aumento de dolor. No se ha citado para revisión en consultas de Traumatología, ni ha adquirido faja dorsolumbar, como se le recomendó. Sin alteración en la fuerza ni en la sensibilidad. Sin alteración en el control de esfínteres. Se le diagnostica lumbalgia mecánica sin datos de alarma.

Se revisan las radiografías anteriores (la semana anterior), no observándose patología ósea aguda. Se insiste a la paciente en que mantenga analgesia y solicite cita con el traumatólogo de zona para valorar cambios en el tratamiento y estudio de la patología. En ese momento no presenta datos de alarma, por ello se decide alta a su domicilio.

El 20 de julio de 2020, es vista en consultas de Traumatología General. Se le hace radiografía y se encuentra “*leve aplastamiento del platillo superior de T 12*”. Se le indica tratamiento conservador, por el escaso hundimiento del cuerpo vertebral y la ausencia de progresión en radiografías, siendo una fractura estable, no requiriendo tratamiento quirúrgico.

Con fecha 29 de septiembre de 2020, es seguida en la consulta de Traumatología General, con radiografías de control sucesivas, donde se aprecia una mínima progresión del hundimiento. Es citada en 8 semanas y se pauta seguir con tratamiento conservador.

El 11 de diciembre de 2021, acude a consulta. En su historia clínica se escribe “*continúa con mucho dolor charnela dorso lumbar, 6 meses de evolución, fractura aplastamiento del platillo vertebral superior T12, sin relación con traumatismo ni esfuerzo. No quiere tomar analgésicos, Solicito estudio resonancia magnética charnela dorso lumbar*”.

Con fecha 22 de diciembre de 2020, se le realiza resonancia magnética de columna lumbar sin contraste y resonancia magnética de columna dorsal sin contraste. El motivo del estudio es el dolor en charnela lumbosacra de 6 meses de evolución, en probable relación con fractura platillo vertebral superior T12, sin relación con traumatismo y esfuerzo.

Diagnóstico: fractura vertebral D12, con discreto edema óseo y pérdida de altura estimada en el 50%.

Comentarios al estudio: en región lumbar, el cuerpo vertebral T12 muestra pérdida de altura, estimada en un 50%, con imagen lineal paralela al platillo vertebral superior, compatible con fractura que muestra mínimo edema óseo en STIR. No hay retropulsión del muro posterior ni tampoco aprecio aumento de partes blandas perivertebrales.

El resto de los cuerpos vertebrales lumbares muestran altura conservada. No se identifican listesis. Hay cambios leves por discopatía degenerativa lumbar baja, así como hipertrofia de articulaciones interapofisarias, que no condicionan clara estenosis de canal ni tampoco estenosis foraminal significativa. En L4-5 se observa leve protusión difusa del disco. No se observan claras imágenes de hernias discales focales. Las raíces de la cola de caballo parecen preservadas.

En región dorsal, se observa mínimo hundimiento de la región central de los platillos vertebrales superiores en las vértebras T4, T5, T7, sin edema óseo ni pérdida de altura significativa. No se identifica estenosis de canal significativa ni tampoco estenosis foraminales; tampoco imágenes de hernias discales focales. La médula espinal dorsal muestra grosor y señal dentro de límites normales. Hay leves cambios degenerativos de predominio posterior en la región dorsal baja sin repercusión significativa sobre la amplitud del canal raquídeo central. Probable quiste en el riñón derecho de 7,5cm.

El 8 de febrero de 2021, en la revisión en consulta posterior a la resonancia, se le indica tratamiento conservador de la fractura consistente en: tabla de ejercicios, explicando la importancia de realizarlos con regularidad e interés. Se aconseja aplicar sesiones de unos 10 minutos de calor seco y chorros de agua con contraste de temperatura. Pasear a diario media hora por la mañana y por la tarde. Debe controlar su peso y se citará de nuevo si hay empeoramiento, a través del médico de Atención Primaria.

Diagnóstico: “*fractura aplastamiento T12 del 50% por osteoporosis*”.

Con fecha 27 de enero de 2022, acude de nuevo a Urgencias por dolor en región lumbar de 3 días de evolución, refiere mal control analgésico. La exploración física de la columna lumbar: No refiere síntomas de alarma, consigue marcha de puntillas, sin apofisalgias

lumbares en L1 y L2, sin dolor sacro, dolor paravertebral derecho, discreta limitación movilidad lumbar, sin dolor irradiado a miembros inferiores, fuerza miembros inferiores 5/5, sensibilidad miembros inferiores 2/2 en todos los territorios.

Pruebas complementarias: radiografías de columna lumbosacra, anteroposterior y lateral: aplastamiento vertebral D12. Diagnóstico: aplastamiento vertebral D12 ya conocido. Acudirá a consulta de Traumatología de zona con el informe de Urgencias.

Según consta en su historia clínica, es citada en consulta de Traumatología el 9 de febrero de 2022, no acudiendo la paciente a dicha consulta.

Según informes facilitados por la reclamante, el 28 de enero de 2022, un día después de acudir a Urgencias, acude a una clínica privada, donde se somete, entre otros, a tratamiento quirúrgico. Siendo intervenida el 3 de febrero de 2022 de una cifoplastia T12 y L2.

Con fecha 7 de junio de 2022, vuelve a ingresar en la clínica privada para un bloqueo facetario lumbar, al no cesar el dolor lumbar.

Con fecha 4 de noviembre de 2023, la paciente acude a Urgencias del Hospital Clínico San Carlos por dolor dorsal desde el día anterior, tras sobreesfuerzo mientras fregaba. No ha tomado medicación analgésica.

Exploración física: apofisalgias dorsales bajas difusas. Dolor paravertebral bilateral, no irradiado a los miembros inferiores. Sin limitación de la movilidad dorsolumbar. Fuerza y sensibilidad conservadas.

Se realiza radiografía: sin patología ósea aguda en ese momento. Diagnóstico principal: dorsalgia tras sobreesfuerzo.

Tratamiento y recomendaciones al alta: calor local seco; Yurelax 10mg cada 12 horas una semana; paracetamol 1 gramo cada 8 horas; Metamizol 575mg alterno si hay más dolor. Acudir al médico de Atención Primaria si se precisa.

Alta a domicilio habitual.

**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 (en adelante, LPAC).

Se incorporó al expediente la historia clínica de la paciente y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos, emitido el 21 de marzo de 2023, en el cual, tras relatar la asistencia dispensada a la paciente por el referido servicio, se señala, entre otras consideraciones, que la paciente “*es remitida a consultas de Traumatología General desde Urgencias por la persistencia del dolor, siendo valorada el 20 de julio de 2020. En este momento, se diagnostica de la fractura por aplastamiento de D12 y se indica tratamiento conservador, dado que por el escaso hundimiento del cuerpo vertebral y la ausencia de progresión de este colapso en radiografías se trataba de una fractura estable y no requería tratamiento quirúrgico, En este momento se indica observación de la lesión y revisión 4 semanas más tarde con radiografía de control para valorar progresión.*

*Durante el seguimiento consultas se continúa el tratamiento conservador, con radiografías de control sucesivas en las que se aprecia una mínima progresión del hundimiento, hasta llegar este alrededor de un 50%. Dada la persistencia del dolor, en la consulta de revisión del 11 de diciembre de 2020 se solicita una resonancia magnética de columna dorsolumbar. Esta resonancia se realiza el 22 de diciembre 2020 y se*

*informa como "fractura vertebral D12 con discreto edema óseo y pérdida de altura estimada en el 50%" ...En la revisión en consulta posterior a la resonancia magnética de columna dorsolumbar (08/02/2021) se continúa indicando tratamiento conservador de la fractura y se recibe el alta por traumatología, indicándose seguimiento por su médico de Atención Primaria y remisión de nuevo a Traumatología si empeoramiento".*

De igual modo, concluye señalando que “*por todas estas razones, no creemos justificada la reclamación de la paciente, ya que, en último término, el tratamiento quirúrgico que se le ha realizado en la sanidad privada (cualquiera que fuera el mismo) no está en relación con la fractura aplastamiento de D12 por la que realizó seguimiento en nuestro centro y cuyo proceso ya estaba cerrado tras 6 meses de seguimiento*”.

Posteriormente, con fecha 9 de enero de 2024, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital Clínico San Carlos.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 2 de febrero de 2024, se da traslado del expediente para alegaciones a la reclamante, quien presenta escrito de su puño y letra el 2 de abril de 2024, solicitando una ampliación de plazo para formular alegaciones al considerar el oficio de traslado del expediente “*bastante complejo*”.

Finalmente, el 25 de septiembre de 2024 la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

**CUARTO.-** Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 2 de octubre de 2024, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 668/24 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 24 de octubre de 2024.

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 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre,

de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Clínico San Carlos, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al 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 (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la reclamante, sin perjuicio de destacar la confusión que subyace en su escrito, reclama el reembolso de los gastos como consecuencia de una intervención realizada en la sanidad privada el 3 de febrero de 2022. Por lo tanto, la reclamación, formulada el día 7 de diciembre de 2022, está presentada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las secuelas.

En lo concerniente al procedimiento, se ha incorporado la historia clínica de la paciente y se ha recabado el informe del centro implicado en el proceso asistencial de la reclamante, contra el cual dirige sus reproches. Así, consta en el expediente el informe del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones y, posteriormente, se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

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.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española

a cuyo tenor: “*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“*(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral*”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «*en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado».*

**CUARTA.-** Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, la reclamante reprocha que ha tenido que verse obligada a acudir a la sanidad privada, donde hubo de ser intervenida, ante, según ella, la pasividad del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos en la resolución de sus problemas de espalda.

En definitiva, cabría inferir de su escrito que el daño que alega consiste en los gastos que ha tenido que afrontar al recurrir a la sanidad privada, ante la supuesta negligencia en la atención sanitaria dispensada en el centro asistencial público.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar tal reproche partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno.

En todo caso, en relación con la atención dispensada por el Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos, como afirma el citado servicio en su informe y corrobora la Inspección Sanitaria *“parte de las reclamaciones de la paciente se fundamentan en la necesidad de haber*

*intervenido su fractura vertebral con anterioridad. Sin embargo, en todo momento el criterio médico fue el tratamiento conservador de la fractura, ya que en ningún momento durante el seguimiento su fractura presentó criterios biomecánicos de inestabilidad que indicaran una cirugía, hasta el alta de seguimiento en consultas”.*

De igual modo, y respecto de la supuesta cita tardía para la realización de un radiodiagnóstico el 21 de septiembre de 2023, el citado Servicio de Traumatología explica que “*...por el contexto da a entender que esta prueba de radiodiagnóstico se solicita en relación a su fractura vertebral y que la misma es demasiado tardía. Sin embargo, esta prueba está solicitada por el servicio de Neurología y se trata de una resonancia magnética de cerebro solicitada por la Unidad de Epilepsia en la que realiza seguimiento. Además, es una petición duplicada que se ha cancelado ya que tiene dicha prueba en abril de este año... A esto se añade que la paciente nunca acudió a la valoración por Traumatología el 9 de febrero de 2022, por lo que es imposible que desde nuestro servicio se solicitaran nuevas pruebas complementarias en relación a su fractura vertebral*”.

En todo caso, y por lo que se refiere al reembolso de gastos de la asistencia sanitaria prestada en un centro sanitario privado, debe tenerse en cuenta una reiterada doctrina de esta Comisión Jurídica Asesora (v.gr. dictámenes 248/16, de 30 de junio; 451/16, de 6 de octubre; 21/19, de 24 de enero; 457/19, de 7 de noviembre; 153/21, de 6 de abril; 238/21, de 18 de mayo; entre otros) viene indicando que 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<sup>a</sup>, nº de recurso: 174/2004).

Al respecto, la Inspección Sanitaria indica de modo claro que “*se trata de una paciente crónica, afectada de artrosis y osteoporosis severa que ha ido empeorando con los años. La paciente ha sido atendida en las Urgencias y en el Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos, en todas las ocasiones que solicitó asistencia. Se le han realizado las pruebas necesarias diagnósticas y las de control cada vez que ha acudido al Servicio Público de Salud. Así mismo, el tratamiento que se le ha indicado ha sido conservador como indica la bibliografía y guías de actuación existentes para esta patología, añadidas al expediente. Hay que significar que, durante el seguimiento de su patología, en ningún momento su fractura presentó criterios biomecánicos de inestabilidad que indicaran una cirugía, según se manifiesta en los informes médicos que figuran en el expediente.*

*Tenemos que añadir que la paciente de haber ido a consulta de Traumatología el día que estaba citada a la que no acudió, se le habría hecho el tratamiento necesario al proceso que en ese momento tenía. Tanto si hubiera necesitado cirugía como si hubiera sido candidata a bloqueo facetario puesto que el Hospital Clínico San Carlos es un hospital de Tercer Nivel (altamente especializado y de referencia).».*

Resulta, por tanto, improcedente el reembolso de gastos de la supuesta intervención realizada en la sanidad privada, al no concurrir los requisitos que establece la jurisprudencia para reconocer el abono de los gastos efectuados ni tampoco puede entenderse que haya existido una urgencia vital en los términos del artículo 4.3 del citado 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, concepto 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 Asturias, de 7 de mayo de 2019 (recurso de suplicación 144/2019)].

La última sentencia citada aclara que, las principales normas reguladoras del reintegro de gastos por asistencia sanitaria, sientan la regla general según la cual «*las prestaciones del Sistema Nacional de Salud las proporciona el Servicio Público de Salud con sus medios y si el beneficiario prescinde de estos, no tiene derecho al reintegro de los gastos surgidos. Responde a la prevalencia del interés colectivo sobre el individual. Las excepciones a la regla son las situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél.*

*En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción*” y precisa “dentro del concepto de asistencia sanitaria “urgente, inmediata y de carácter vital” se incluyen los supuestos de peligro de muerte inminente y los de riesgo de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona; además, no es condición necesaria que la persona en esa situación de riesgo haya de ser necesariamente intervenida *ipso facto* [sentencia del Tribunal Supremo, Sala Cuarta, de 31 de enero de 2012 (rec. 45/2011) con el complemento de las dictadas el 20 de octubre de 2003 (rec. 43/2002) y 17 de diciembre de 2003 (rec. 63/2003)]. Siguiendo los criterios del Alto Tribunal, cabe incluir dentro de los supuestos de urgencia vital los de sufrimientos intolerables y continuados o de lesiones graves en las que la demora en el tratamiento origine unos daños irreparables en órganos o funciones esenciales».

En este caso ni la vida de la paciente corría peligro ni la situación era urgente, pues, además, no hay constancia en el expediente ni la

reclamante ha acreditado que la eventual intervención en la sanidad privada hubiera de realizarse con tal premura. Al respecto, el Servicio de Traumatología del Hospital Clínico San Carlos indica en su informe que “...en cuanto a la gravedad de la fractura y el miedo de la paciente a quedarse, en sus propias palabras, "en una silla de ruedas o muerta" y "en una silla de ruedas o paralítica casi total", esto nunca fue ni será así, ya que no existe riesgo neurológico ni vital asociados a aplastamientos osteoporóticos de bajo grado, que siguen tratamiento conservador con buena respuesta radiológica. De hecho, la paciente jamás presentó durante el seguimiento alteraciones neurológicas en miembros inferiores asociadas a su fractura”.

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que “la paciente acudió al centro privado haciendo uso de su libertad, sin haber una urgencia vital ni denegación de asistencia. teniendo a su disposición tanto el Hospital Clínico San Carlos como el resto de Hospitales de la Comunidad de Madrid en la que existe “libre elección” de médico y centro sanitario”, de modo que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*, conclusión a la que debemos atenernos, dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital Clínico San Carlos.

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 24 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 657/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid