

En Logroño, el 5 de junio de 2025, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras D.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

44/25

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria reclamando gastos en la sanidad privada derivados de una supuesta urgencia vital, valorados en 65.103,35 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja, ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

Mediante escrito fechado el 13 de mayo de 2024 y con registro de entrada del Gobierno de La Rioja, del día siguiente, el interesado, representado por Letrado, presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que, en resumen, expone:

“... con fecha 08/03/2016 fue intervenido quirúrgicamente de corazón, tras consulta en el Servicio de Cardiología del Hospital General San Pedro de La Rioja, donde le diagnosticaron: «una valvulopatía mitral tipo IM severa secundaria con prolapso de velo P2 de la valva posterior mitral por rotura de cuerda tendinosa». Siendo derivado para intervención quirúrgica al Hospital privado de Viamed Los Manzanos de Logroño, donde le practicó una «resección triangular de velo posterior + anillo flexible mitral + rotura de cuerda».

A los tres años de dicha IQ y tras distintas revisiones de control que venía realizándose a través del servicio de cardiología, se venía apreciando un deterioro de la válvula por engrosamiento y calcificación de ésta, por lo que tras realizársele un nuevo ecocardiograma transtorácico en el hospital San Pedro con fecha 08/06/22... le informan que todo estaba mejor que el año anterior, así como que la RESTRICCIÓN MITRAL ERA DE CARÁCTER LEVE.

... consciente de que su estado de salud era delicado... decidió corroborar el sorprendente resultado en la medicina privada. Consultando con fecha 01/12/2022, con cardiólogo particular y tras realizársele un nuevo ecocardiograma se le diagnóstica fehacientemente una «Restricción de plastia mitral con estenosis de grado moderado-severo. IM residual ligera. FEVI conservada. HTP moderada. Ateromatosis carotídea».

Tras este nuevo diagnóstico..., se venía a objetivar tanto el importante empeoramiento del paciente con respecto al año anterior, como el ERROR DE DIAGNÓSTICO por parte del servicio de cardiología del Servicio Riojano de Salud (SERIS)...

Una vez confirmado el ERROR DE DIAGNÓSTICO, fue citado nuevamente por el SERIS el 23/12/2022... le comunican, sin entregarle informe alguno..., que efectivamente, presenta una ESTENOSIS MITRAL SEVERA y que para ver todo mejor le harán una ecocardiografía transesofágica, la que se lleva a efecto TRES MESES después, en abril de 2023, dándosele traslado de los resultados con fecha 19/06/2023, donde le diagnostican que tiene una INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA y una ESTENOSIS MITRAL MODERADA (nuevo error de diagnóstico, ya que el diagnóstico correcto debería haber sido de INSUFICIENCIA MITRAL LIGERA y la ESTENOSIS MODERADA-SEVERA [-GP medio 10 mmHg y Area por planimetría: 1,1 cm²] como así consta en los resultados del ETE 04/2023). Igualmente, le comunican ... que le harían revisiones muy periódicas y en función de los resultados valorarían el practicar una VALVULOPLASTIA MITRAL.

La primera revisión «ecocardiograma de control» programada para noviembre 2023, no se llevó a efecto por parte del SERIS, por lo que el PACIENTE PRESENTÓ HASTA DOS RECLAMACIONES ANTE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL PACIENTE. Finalmente, tras las reclamaciones presentadas se realizó con fecha 01/02/2024 la revisión mediante ecocardiograma de control y a fecha de hoy no le han informado o notificado los resultados ni ha sido citado a nuevo control, al parecer motivado por la larga lista de espera.

Como quiera que el tratamiento aplicado por la sanidad pública resultaba inadecuado, con una grave sensación de abandono de cara al paciente, teniendo en cuenta las graves incidencias y errores de diagnóstico reseñados, le crearon un cuadro de ansiedad al propio paciente, con sufrimiento, angustia y zozobra. Máxime, cuando aun evitando la realización de esfuerzos afloraban síntomas de debilidad, falta de aliento y arritmias puntuales, con algún pequeño mareo, por lo que **decidió acudir nuevamente a la sanidad privada**. En esta ocasión, acudió con fecha 12/09/2023 al SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DE LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA, donde tras ser diagnosticado de una «Estenosis Mitral severa» y, tras valorar la actitud terapéutica a seguir en sesión médico-quirúrgica, por parte del Equipo Cardiovascular del Hospital, le informan que **ninguno ve la opción prevista por el SERIS, de realizar una valvuloplastia mitral, sino una sustitución de la válvula mitral**. Tal y como aconseja la Guía ESC/EACTS 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de las valvulopatías.

...

Ante esta disyuntiva, tras informarse del Centro Médico de cirugía cardiovascular más adecuado para tan delicada y arriesgada intervención y la necesidad de someterse a la IQ cuanto antes, decide ponerse en manos del equipo especialista en Cirugía cardiovascular, [del] Complejo hospitalario Ruber Juan Bravo de Madrid. Quienes, tras valorar las patologías y confirmar el último diagnóstico de «Estenosis de válvula mitral severa», llevan a cabo, el día 28/02/24, la Intervención Quirúrgica, consistente: **«sustitución de válvula mitral por una prótesis mecánica St Jude 27»**... (nos indican que el reemplazo valvular con prótesis mecánica frente a la biológica está asociada a una menor mortalidad).

El día 15/03/24 es dado de alta, tras éxito de la intervención y buena evolución, siendo derivado para seguimiento, a su servicio de cardiología.

El coste derivado del iter procedimental, junto con la IQ sufrida por el paciente asciende a la cantidad de 41.755,55€, (sin contar desplazamientos y gastos de acompañante), que han sido sufragados, íntegramente, por el propio paciente”.

El escrito de reclamación una vez que ha expuesto los hechos expresados anteriormente, establece:

“LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO PRODUCIDO Y EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO PÚBLICO.

...de los hechos relatados... ya se vaticina que por parte del servicio de Cardiología del SERIS no se está actuando conforme a la «lex artis ad hoc», al incumplirse los estándares de calidad exigibles y recomendados por las sociedades científicas, ... A este respecto, cabe resaltar de acuerdo con los estándares y recomendaciones las Unidades Asistenciales del área del corazón del ministerio de Sanidad:

...

Tras realizar gestiones en los horarios predispuestos para las citas facilitadas por el propio servicio de cardiología, se comprueba que la norma es la cita de 18 ecocardiogramas por turno, con un tiempo previsto de 18 minutos entre cada paciente, lo que resulta contrario a la «lex artis ad hoc» e infringe, igualmente, las propias recomendaciones de la ASOCIACIÓN EUROPEA DE ECOCARDIOGRAFÍA.... Máxime, si tenemos en cuenta que en ese escaso tiempo «18 min», el paciente se debe desvestir, tumbarse y realizársele el ecocardiograma, debiendo el profesional revisar las imágenes e interpretar y redactar el informe. El tiempo efectivo real de la exploración queda reducido a 8 minutos. Merma de tiempo que contraviene la exigible diligencia médica y que puede derivar en un daño irreparable en la persona del paciente, lo que viene a objetivar el «riesgo vital» en que queda sumido el paciente, al no cumplirse los estándares de calidad exigibles y recomendados por las sociedades científicas.

Se infringe, igualmente, el Decreto 56/2008, de 10 de octubre, por el que se regula un sistema de garantía de tiempos máximos de espera y el sistema de información sanitaria en el Sistema Público de Salud de La Rioja, que exige que la prestación asistencial del servicio debe ser no sólo eficaz, sino prestada en un tiempo razonable que garantice los derechos de los usuarios.

A este respecto, dicho RD 56/2008, de 10 de octubre, en relación a los tiempos de espera en el Título II, artículo 6 dispone:

«los pacientes que requieran atención sanitaria especializada, de carácter programado y no urgente, en el ámbito del Sistema Público de Salud de La Rioja, recibirán la misma en los siguientes plazos máximos:

- a) cien días en el caso de procedimientos quirúrgicos.*
- b) Cuarenta y cinco días para el acceso a primeras consultas de asistencia especializada.*
- c) Treinta días para la realización de pruebas diagnósticas especializadas»”.*

Finaliza el escrito de reclamación con una EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA

RESPONSABILIDAD, cifrada en 65.103,35 euros desglosada en concepto de daño moral 23.347,80 euros y en concepto de perjuicio patrimonial 41.755,55 euros.

A su reclamación el interesado acompañó la documentación que tuvo por conveniente, consistente en documentación del Complejo Hospital San Millán-San Pedro de Logroño de 21/11/2022, 06/02/2023 y 19/06/2023; documentación de la Clínica Universidad de Navarra (Informe médico de fecha 14/09/2023); informes quirúrgicos del *Complejo Ruber* de 28/02/2024, de 11/03/2024 y de alta de 15/03/2024, que según el escrito de reclamación y factura posterior, que responde al “*equipo especialista en Cirugía cardiovascular, [del] Complejo hospitalario Ruber Juan Bravo de Madrid*”.

Se adjunta también, factura de la Clínica Universidad de Navarra por un total de 901,08 euros (12/09/2023); Dos transferencias a *Hospital Ruber Juan Bravo* de 14.905,28 euros y de 10.949,19 euros y una más al cirujano por 15.000,00 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 20 de mayo de 2024, de la Secretaría General Técnica de la Consejería consultante, se tuvo por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del mismo día, nombrándose instructor del procedimiento.

Con la misma fecha de 20 de mayo de 2024 figura en el expediente escrito del mediador de seguros AON acusando recibo y comunicando su traslado a la compañía aseguradora.

La Resolución se traslada al representante del interesado el 21 de mayo de 2024, figurando acuse de recibo el mismo día.

Tercero

Con fecha 21 de mayo de 2024, el Instructor solicitó, mediante la oportuna comunicación dirigida a la Dirección del Área de Salud de La Rioja, del Hospital de San Pedro, la remisión de:

“-Cuantos antecedentes consten acerca de la asistencia prestada... [al reclamante]. Copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente.

-En particular, informe de los sanitarios intervinientes acerca de la asistencia prestada... [al reclamante].

-En general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión del reclamante”.

Cuarto

1. En la misma fecha de 21 de mayo de 2024, el instructor solicitó a la *Clínica Los Manzanos* de Lardero y al *Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo* de Madrid, remisión de copia de la historia clínica del paciente, relacionada con la asistencia reclamada.
2. En el mismo día, la *Clínica los Manzanos* acusa recibo de la notificación.
3. El *Hospital Ruber Juan Bravo*, con fecha 3 de junio de 2024 y registro de entrada en el Gobierno de La Rioja al día siguiente, remite escrito al que se adjunta la historia clínica del paciente.

Quinto

Con fecha 6 de junio de 2024 se remite, por la Dirección del Área de Salud, la información solicitada en la que se incluye, además de la historia Clínica del paciente, los informes que a continuación se resumen:

- i) Informe médico del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro, de fecha 06/06/2024, cuyas conclusiones son las siguientes:

“El paciente ha sido seguido de manera constante durante toda su patología valvular, siendo diagnosticado en un inicio de IM severa -no como comentan, diagnóstico erróneo en la reclamación (año 2016)-, valorado de forma completa en 1 mes e intervenido en el plazo de 2-3 meses tras el diagnóstico.

Su seguimiento posterior ha sido continuado, prácticamente con el mismo cardiólogo en todas las visitas, con pérdida puntual de seguimiento durante periodo COVID 19.

En ningún momento se le ofreció la posibilidad de valvuloplastia percutánea como tratamiento definitivo como afirma, siempre se ha considerado como valoración previa de actitud terapéutica.

Es cierto que hubo un problema diagnóstico con la realización de uno de los ecocardiogramas transtorácicos de control (copia del informe del año previo -2020- como informe actual en 06/2023 por parte del cardiólogo que realiza la prueba, en probable relación con la presión asistencial en la agenda de ecocardiogramas de dicho día, que como bien refiere en la reclamación, se subsana «en tiempo record» con la repetición de la prueba y corrección de los datos...

Que ante los nuevos hallazgos se decide comprobación, como recomiendan las guías, de la estructura y los gradientes mediante la realización de eco tranesofágico, que estima menor gradiente que en el caso de la ecocardiografía transtorácica.

El paciente en todas las revisiones reitera continuar la realización de actividad física intensa, (caminar y bicicleta), con algo más de limitación pero sin cese de la misma, sin haber presentado ingresos hospitalarios, visitas a urgencias ni signos clínicos de insuficiencia cardíaca que justificasen una cirugía emergente, además de:

-Mantenimiento de ritmo sinusal y comprobación del mismo mediante la realización de Holter de control ambulatorio. Ausencia de eventos embólicos.

-Ausencia de hipertensión pulmonar demostrada en las pruebas realizadas en nuestro Centro de manera ambulatoria y en el seguimiento.

-Determinaciones analíticas de pro BNP normales, por lo que no se consideró al paciente candidato a recambio valvular emergente, si bien en todo momento se comentó con el paciente la probabilidad casi segura de un recambio valvular en el futuro.

Según las guías ESC la valvuloplastia mitral percutánea es una opción terapéutica para los pacientes con estenosis mitral moderada a grave que no presentan una anatomía valvular desfavorable ni otras contraindicaciones”.

ii) Informe del jefe de Servicio Cardiología del Hospital San Pedro de 04/06/2024, cuyo resumen es el siguiente:

“Desde 2016 hasta la actualidad este paciente ha tenido 17 revisiones en consulta de cardiología del Hospital San Pedro (más de 2 anuales) y se le han realizado 7 ecocardiogramas (aproximadamente 1 anual). Ha estado atendido en todo momento.

El día 4 de febrero del 2016 es diagnosticado de prolapso valvular mitral e Insuficiencia mitral severa. Este diagnóstico se confirma en el mismo mes de febrero mediante ecocardiografía transesofágica. Se remite al centro de referencia para cirugía. El día 07.03.2016 (un mes después) es intervenido en la clínica los Manzanos de esta insuficiencia mitral severa. Se realiza una plastia o reparación valvular mitral.

...

Tras la cirugía se realizó ecocardiograma el 01.04.2016 confirmando la correcta función de la plastia, no insuficiencia mitral, no estenosis mitral, Ventrículo Izquierdo normal y presiones pulmonares normales.

Durante los años siguiente 2016 al 2022 (6 años) pasa sus revisiones clínicas y ecocardiográficas en el Hospital San Pedro sin ningún problema, con plastia normofuncionante y el paciente en buena clase funcional.

El 23.12.2022 se realiza un ecocardiograma en el que por primera vez se ve estenosis mitral de la plastia (algo esperable). Presenta una estenosis mitral que probablemente se ha producido por estrechez de la válvula debido al engrosamiento y pérdida de elasticidad de las valvas con el paso de los años. Tenía un gradiente medio en diástole de 19 mm Hg, muy alto.

«Es muy importante reseñar que el gradiente medio a través de la válvula mitral se modifica por múltiples factores, como por ejemplo la frecuencia cardiaca, el estado de volemia, la presencia de otras valvulopatías, etc. En general es un dato que te gusta contrastar antes de tomar decisiones que puedan afectar a la vida del paciente».

En este sentido, el 06.02.2023, se ve en consulta: paciente oligosintomático, Función sistólica del VI normal, Presiones pulmonares normales, sin insuficiencia tricúspide, y se decide solicitud de otro ecocardiograma (esta vez transesofágico-ETE), una prueba más precisa para contrastar este

resultado del ecocardiograma previo. Este ETE se realiza el 25.04.2023. En este ecocardiograma el gradiente, en unas circunstancias distintas, ha disminuido a 7 mm Hg. (El paciente tiene la fc más controlada y está más bradicardiaco). Por lo tanto, el paciente tiene una estenosis mitral pero no es tan acusada.

Ante este hallazgo en consulta el 19.06.2023 se decide actitud expectante y nuevo ecocardiograma, precisamente con la idea de estar seguros de que haya estenosis mitral significativa antes de tomar una decisión precipitada.

Este ecocardiograma se realiza el 01.02.2024 y ahora el gradiente medio es de 11 mm Hg. Presenta una estenosis mitral significativa de la plastia realizada en 2016. Este es un hecho esperable por la degeneración de la válvula reparada, no obstante, se han ganado 8 años sin anticoagulación y sin la exposición a los riesgos de llevar un material protésico en el corazón. Un resultado que se puede considerar muy bueno.

Cuando el paciente se cita en consulta el 20 Mayo 2024 para ver este resultado nos informa que ya se ha intervenido en una Clínica.

«Las citas en Cardiología llevan una demora que no se puede evitar teniendo en cuenta la presión asistencial del Servicio. (17.000 consultas y 7600 ecocardiogramas anuales), (con las menores demoras en La Rioja a nivel nacional). No obstante, no hay un abandono en la citación del paciente que siempre es citado con demoras esperables y racionales. Prueba de esto es que en estos años nuestro paciente no ha dejado de ser atendido y valorado de manera muy correcta. No obstante, informamos a los pacientes que hay varios mecanismos si una cita se retrasa, pueden acudir a atención al paciente, pueden llamar a secretaria de cardiología o acudir al médico de cabecera que nos envía una Interconsulta que es atendida en menos de una semana».

Nuestro paciente puso una queja en atención al paciente el 19 de enero del 2024. En esta queja hay una serie de imprecisiones que entiendo que derivan del no conocimiento del paciente y la familia de la cardiología y algún hecho que quiero comentar:

1.- Hablan continuamente de Grave Error cuando no ha habido ningún error, en todo momento ha estado bien diagnosticado de su estenosis mitral. Lo que sí que ha habido es prudencia ante una segunda intervención.

«(El riesgo de una segunda intervención es el doble que el de la primera)».

2.-Confunden continuamente Estenosis mitral con Insuficiencia mitral, Nuestro paciente tiene una Estenosis mitral y así ha estado diagnosticado en todo momento. Tras la cirugía correctamente realizada no volvió a presentar en ningún momento insuficiencia mitral.

3.- Hablan de consecuencias muy graves cuando hablamos de demoras de las que es difícil que se deriven problemas significativos.

«(La Insuficiencia mitral puede traer más problemas por su demora porque puede afectar a la función del Ventrículo, que es la bomba del corazón). (Cuando las presiones pulmonares son normales es muy difícil que de la Estenosis mitral se deriven consecuencia graves o irreversibles para el paciente, este es el caso que nos ocupa)».

4.- No esperaron a las gestiones que se realizaron tras la queja. Cuando entra la queja en atención al paciente, somos conscientes que necesitamos hablar con la familia y el paciente e informarles

de todo, más teniendo en cuenta que es un poco complejo. Se intenta coordinar una cita que se ve demorada a lo largo de todo el mes de febrero. Se intentó varias veces, una de estas veces fue el 28 de febrero del 2024, está anotado en la documentación que se había preparado. Hasta que, cuando ya quedamos para hablar, después de varias llamadas, el 15 de abril del 2024, se nos informa que ya está intervenido y que hay una demanda patrimonial. (Esto ocurre durante los meses de Febrero-Marzo).

Ante esta nueva situación hablamos con los servicios jurídicos del Hospital que nos desaconsejan tener esta reunión.

No ha habido ningún Error ni Desatención de este paciente. En cualquier caso, es muy triste que después de tantos años tratando y cuidando a nuestro paciente nos veamos en esta situación de tener que defendernos.

Si este paciente no hubiera hecho nada o hubiera puesto un aviso en lugar de una queja en atención al paciente se habría visto en Mayo en la consulta (como se hizo), se habría presentado en Sesión Clínica y de manera conjunta todo el Servicio de Cardiología y Cirugía Cardíaca habríamos tomado una decisión acerca de su reintervención, con prudencia, valorando los riesgos e informando adecuadamente de estos al paciente. Teniendo en cuenta la edad del paciente la decisión, probablemente, habría sido intervenirle adecuadamente informado. No obstante remarcar que estaba oligosintomático, con ventrículo izquierdo normal y presiones pulmonares normales y también existía la opción de seguir vigilando al paciente para ver evolución.

Si hubiese esperado a nuestra consulta y hubiéramos decidido intervenirlo, habría supuesto una demora respecto a la Clínica de unos 2-4 meses, que, en el caso de una estenosis mitral, oligosintomática, con función sistólica normal y presiones pulmonares normales no supone ningún riesgo para el paciente.

No obstante, acudió a una clínica, se intervino de manera casi inmediata, sin consultarlo con sus cardiólogos desde hace 8 años. insisto esta intervención no es una urgencia, el paciente estaba oligosintomático, Ventrículo Izquierdo estaba bien, y las presiones pulmonares eran normales ”.

Sexto

Con fecha 17 de junio de 2024, la *Clínica Universidad de Navarra*, remite escrito con la información solicitada, adjuntando copia de la historia clínica del paciente.

Séptimo

Con fecha 17 de junio de 2024 el Instructor vuelve a dirigir escrito a la *Clínica Los Manzanos* por el que se le reitera la petición de información formulada el día 21/05/2024, con base en los artículos 6.1 c), y d y el 9.2 f) del Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, por ser necesaria para la resolución que se dicte.

El mismo día 17 de junio de 2024, se recibe por la *Clínica Los Manzanos* la información solicitada, remitiendo la historia clínica del paciente.

Octavo

Con fecha 18 de junio de 2024, la Secretaría General Técnica, remite escrito a la Dirección General de Prestaciones y Farmacia, para que, por el Médico Inspector que corresponda, elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación para facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Noveno

Obra en el expediente, con fecha 6 de febrero de 2025, informe médico pericial de *CRITERIA*, emitido por un Especialista en Cardiología, Miembro de la Sociedad Española de Cardiología, Doctor en Medicina por la Universidad de Autónoma de Madrid, que establece, entre otras, las siguientes conclusiones:

“1. (...) paciente que había sido sometido a una cirugía de reparación de la válvula mitral en 2016. Tras esa reparación se produjo un progresivo deterioro de la válvula mitral que condicionó una estenosis mitral significativa.

2. A pesar de ello, el paciente estaba asintomático y sin signos de deterioro hemodinámico. En esta situación la realización de una cirugía para la sustitución valvular mitral no está indicada. Además, dado que el paciente tenía una cirugía previa el riesgo de mortalidad y morbilidad quirúrgica era más alto.

3. El paciente decidió por su cuenta someterse a la cirugía a pesar de que, como hemos dicho antes, no estaba justificada desde el punto de vista médico. Esta decisión implicó un riesgo inmediato debido a una complicación de la cirugía y un riesgo potencial futuro por necesitar anticoagulación de por vida.

4. ESTE FACULTATIVO CONSIDERA QUE LA ATENCION MEDICA PRESTADA POR EL SERVICIO RIOJANO DE SALUD FUE ADECUADA Y AJUSTADA A LA “LEX ARTIS” Y NO ESTABA JUSTIFICADA LA DECISION DEL PACIENTE DE SOMETERSE A UNA INTERVENCION QUIRURGICA”.

Décimo

Informe de la Inspección médica de fecha 10 de febrero de 2025 por el que establece las siguientes conclusiones:

“1ª.- Tras la intervención de reparación de la válvula mitral realizada en marzo de 2016 en el HSP se ha realizado un adecuado control y seguimiento por parte del Sº de cardiología, con la realización de los estudios cardiológicos complementarios necesarios, seguimiento interrumpido únicamente en el periodo de pandemia por COVID, sin incidencias durante el mismo.

2ª.- Fue reconocido por el propio servicio de cardiología un error en la elaboración del informe del eco TT realizado el 08/06/2022, que fue subsanado mediante la realización de un nuevo estudio a la

mayor brevedad posible en cuanto se tuvo conocimiento de dicho error (1 mes después) con corrección de datos y sin que ello le haya supuesto ningún tipo de consecuencias.

3ª.- Ante los hallazgos obtenidos en el eco TT de control realizado el 23/12/2022, con importante aumento del gradiente transmitral sin clínica asociada, se decide comprobación de la estructura y gradientes mediante la realización de un ETE, tal y como se recomienda en la literatura médica, apreciando en el nuevo estudio un gradiente que se encontraba en cifras acordes a la situación clínica que presentaba.

4ª.- El diagnóstico de estenosis mitral moderada emitido en la revisión de cardiología realizada el 19/06/2023 es acorde a los resultados del ETE (GM 10mmHg), siendo este el grado que le corresponde según la literatura médica consultada.

5ª.- Existiendo discrepancia en la bibliografía acerca de qué puntos de corte definen la estenosis mitral como ligera, moderada o grave, y que según algunos autores reconocen el gradiente de 10mmHg como estenosis moderada, no se puede considerar un error diagnóstico el no haberse considerado en ese momento una estenosis en grado moderado-severo, tal y como se reclama.

6ª.- En la nota médica evolutiva realizada en la consulta del 19/06/2023, queda anotado como juicio clínico una insuficiencia mitral severa, siendo este un dato que no se corresponde con los resultados del estudio ecocardiográfico realizado que la identificaba como ligera, pudiendo considerar un error en la transcripción el anotar en grado de severa en lugar de ligera, sin que esto haya supuesto ningún tipo de consecuencia ya que no implicó ningún tipo de actuación específica.

7ª.- El hecho de plantearse valorar tratamiento mediante valvuloplastia según la evolución que presentara, no supone indicación de dicho tratamiento como definitivo sino como valoración previa de actitud terapéutica.

8ª.- Siguiendo las guías de práctica clínica, no puede considerarse incorrecta la decisión de mantener actitud expectante con control evolutivo mediante nuevos estudios, al no existir indicación de cirugía sobre la válvula mitral por encontrarse asintomático desde el punto de vista cardiológico. La cirugía de válvula mitral, está indicada en pacientes sintomáticos.

9ª.- En el informe realizado en la valoración de la CUN el 12/09/2023 el asegurado refería llevar una vida activa (ejercicio aeróbico a diario) sin sintomatología asociada, al igual que refería en las consultas del HSP, hecho que no se corresponde con el grado II de la NYHA de insuficiencia cardiaca que en la reclamación alegan que presentaba en ese momento y por el que justifican la intervención de sustitución valvular.

10ª.- No existen datos documentados de la presencia de fatiga al hacer esfuerzo o sensación de falta de aliento con pequeños esfuerzos o palpitaciones arrítmicas en ocasiones, de los que hace referencia en su reclamación y por los que alega el tener que haber acudido a valoración en la medicina privada.

11ª.- La decisión de realizarse la intervención en la medicina privada fue voluntaria, sin existir en ese momento indicación para su realización, ni ningún criterio de gravedad que justificara su realización con criterios de urgencia, pudiendo haber esperado a nueva valoración en el servicio público de salud donde se había estado realizando un adecuado control y seguimiento, que igualmente se le está realizando tras la intervención.

12ª.- No se puede considerar que las posibles demoras existentes en el Sº de cardiología, propias de la ni situación sanitaria en la que nos encontramos, le hayan influido en la evolución que ha presentado

le hayan ocasionado ningún perjuicio en su situación clínica.

Por lo expuesto, se puede considerar que la asistencia prestada en el S° de cardiología del HSP ha sido conforme a la lex artis en cada momento”.

Undécima

1. Concluida la fase de instrucción, con fecha de 11 de febrero de 2025, se trasladó al reclamante, la apertura del preceptivo trámite de audiencia, comunicándole a su vez que el expediente se encuentra a su disposición. Consta acuse de recibo de fecha 11 de febrero de 2025.

2. Con fecha de 18 de febrero de 2025, se remite al representante del reclamante la documentación solicitada. Consta acuse de recibo de fecha 20 de febrero de 2025.

3. Con fecha de 5 de marzo de 2025, y registro de entrada en el día siguiente, el reclamante presentó escrito de alegaciones en el que reitera las argumentaciones vertidas en el escrito de reclamación inicial, concluyendo, que nos encontramos ante una situación de URGENCIA VITAL.

Duodécimo

Con fecha de 2 de abril de 2025, el Instructor del expediente emite propuesta de Resolución en el que se propone que **se desestime la reclamación** porque el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos.

La Propuesta fue informada favorablemente el 23 de abril de 2025 por la Dirección General de los Servicios Jurídicos, en el sentido de desestimar la reclamación por los motivos alegados en la Resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 25/04/2025, y registrado de entrada en este Consejo el mismo día, la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 30/04/2024, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad de 65.103,35 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPACAP dispone que aquél deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio Público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPACAP.

Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y 65, 67, 81, 91.2 LPACAP) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen D.3/07:

“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”.

Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo (STS), de la Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que:

"«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*".

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En relación con el criterio de imputación objetiva aplicable en materia de responsabilidad sanitaria, debe recordarse que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente, y que convertiría a la Administración sanitaria aseguradora de cualquier resultado negativo, la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de noviembre de 2012; ECLI:ES:TS:2012:7272, tiene sentado el criterio de que:

“La responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas, en ningún caso, como garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la Medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario, no se deriva del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles.

En otros términos, que la Constitución determine (en su) artículo 106.2 que «los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos» lo que es reiterado en la Ley 30/1992, artículo 139.2 con la indicación que «En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas», no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones Públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además de éste debe ser antijurídico, en el sentido de quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento”.

2. Cabe recordar que la *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios

más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto, y los vigentes protocolos profesionales de actuación. Como recuerdan las Sentencias del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007 (ECLI:ES:TS:2007:5763 y ECLI:ES:TS:2007:4902).

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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 a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., **aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si esta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste**”.*

3. Con independencia de lo anterior, este Consejo ha reiterado, en buen número de dictámenes que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja número 206/2008, de 12 de septiembre, ECLI:ES:TSJLR:2008:292, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras). **En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración**”.*

4. En el presente supuesto, el reclamante fundamenta la reclamación causal, en base a lo siguiente:

-La existencia de un FUNCIONAMIENTO DEFICIENTE del Servicio de Cardiología, que excedía de lo admisible y tolerable, incumpléndose los estándares de calidad exigibles como ha quedado acreditado: "*«lista de espera» y retraso tanto en las citas, como en la entrega de los resultados, que obligaron a pedir segunda opinión a la sanidad privada»*".

-La posibilidad de generar UN DAÑO IRREPARABLE. A este respecto cabe recordar que el equipo cardiovascular del *Hospital Clínico de Navarra* aconsejaba la intervención quirúrgica (IQ) "*mejor para ayer que para mañana*", por lo que su demora podría agravar la enfermedad.

-La existencia de un ERROR DE DIAGNOSTICO, derivado de una "mala praxis médica" o en un "error asistencial", de notoria gravedad, que conllevaron unas conclusiones absolutamente erróneas, por parte de la cardióloga del SERIS, como así está acreditado, que, unido a las circunstancias anteriores, provocaron en el paciente una situación de incertidumbre, inquietud, zozobra, angustia y estado de ánimo preocupante.

En conclusión, el reclamante, dadas las circunstancias especiales reflejadas, unidas a una situación de constante incertidumbre, y sensación de abandono, por el reiterado retraso en la atención médica, justifican su decisión de acudir a la atención médica privada, por lo que difícilmente se le puede imputar que el peregrinaje médico o el hecho de someterse a la IQ fuese caprichosa o voluntaria, sino obligada y justificada por la situación médica, a fin de evitar una situación objetiva de riesgo para su integridad física o agravamiento previsible de su patología, que pusieran en grave peligro su vida o el éxito de la obligada intervención.

5. Contrario a la tesis del reclamante, encontramos en el expediente, los dos informes médicos del Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro, que, junto al informe de *CRITERIA* y de la Inspección médica coinciden en refutar cada uno de los argumentos del reclamante.

A) Respecto al funcionamiento deficiente alegado por el reclamante:

- "*...se puede considerar que la asistencia prestada en el Sº de cardiología del HSP ha sido conforme a la lex artis en cada momento*".

- "*Desde 2016 hasta la actualidad este paciente ha tenido 17 revisiones en consulta de cardiología del Hospital San Pedro (más de 2 anuales) y se le han realizado 7 ecocardiogramas (aproximadamente 1 anual). Ha estado atendido en todo momento*".

- "*El paciente ha sido seguido de manera constante durante toda su patología valvular, siendo diagnosticado en un inicio de IM severa*".

- *“No se puede considerar que las posibles demoras existentes en el Sº de cardiología, propias de la ni situación sanitaria en la que nos encontramos, le hayan influido en la evolución que ha presentado le hayan ocasionado ningún perjuicio en su situación clínica”.*

B) Respecto al daño irreparable, en contra del criterio del reclamante, se expresa que:

- *“...cuando las presiones pulmonares son normales es muy difícil que de la Estenosis mitral se deriven consecuencia graves o irreversibles para el paciente, este es el caso que nos ocupa”.*

- *“Si hubiese esperado a nuestra consulta y hubiéramos decidido intervenirlo, habría supuesto una demora respecto a la Clínica de unos 2-4 meses, que, en el caso de una estenosis mitral, oligosintomática, con función sistólica normal y presiones pulmonares normales no supone ningún riesgo para el paciente”.*

C) Respecto al error de diagnóstico, no ha existido otro error que un equívoco corregido, sin trascendencia, que *“fue reconocido por el propio servicio de cardiología un error en la elaboración del informe del eco TT realizado el 08/06/2022, que fue subsanado mediante la realización de un nuevo estudio a la mayor brevedad posible en cuanto se tuvo conocimiento de dicho error (1 mes después) con corrección de datos y sin que ello le haya supuesto ningún tipo de consecuencias, “ en todo momento ha estado bien diagnosticado de su estenosis mitral. Lo que sí que ha habido es prudencia ante una segunda intervención”.*

“Siguiendo las guías de práctica clínica, no puede considerarse incorrecta la decisión de mantener actitud expectante con control evolutivo mediante nuevos estudios, al no existir indicación de cirugía sobre la válvula mitral por encontrarse asintomático desde el punto de vista cardiológico. La cirugía de válvula mitral, está indicada en pacientes sintomáticos”.

Cuarto

Determinación del concepto y naturaleza jurídica de las cantidades reclamadas

El fundamento de la reclamación se justifica en la imperiosa necesidad de acudir a la Sanidad privada por existir una **urgencia vital** que la Sanidad pública no atendía, reclamando una indemnización de 65.103,35 euros.

1. Para ello se fijan dos tipos de daños:

A) En concepto de **daño moral**, que el reclamante expresa como un *“hecho notorio, objetivable, a tenor de la lógica y el sentido común, el padecimiento, zozobra, angustia y sufrimiento tras las dudas de los diagnósticos (...)”* que cifra en la suma de 23.347,80 euros.

Fuera de entenderse lógica la preocupación e incluso la angustia de cualquier paciente en el transcurso de cualquier enfermedad, no resulta en cambio fácil de determinar, ya que no existe un daño objetivable ni documentación alguna en el expediente, de haberse

padecido singularmente.

B) En concepto del **daño patrimonial** queda determinado por la intervención quirúrgica en el centro privado que asciende a un total de 40.854,47 euros, a los que añade factura de *Clínica Universidad de Navarra (CUN)* por valor de 901,80 euros, sumando un total de 41.755,55 euros.

2. En cuanto a este daño patrimonial, se ha de concretar que, pese a ampararse en *"la responsabilidad patrimonial de la Administración"*, constituye un supuesto factico para el que el ordenamiento jurídico establece una concreta regulación en la figura jurídica del *"reembolso de gastos sanitarios"* prestados al margen del Sistema Nacional de Salud.

El art. 43 de la CE reconoce el derecho a la Salud, indicando que *"compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios"*. La prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social según la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe ser entendida como un Servicio Público esencial de obligatoria dispensa por los poderes públicos, cuyo contenido y beneficiarios habrán de ser precisados, conforme al artículo 53.3 de la Constitución, por las leyes que desarrollen el texto constitucional. El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, señala que *"las Entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que le hayan sido asignados, a no ser en los casos que reglamentariamente se determinen"* (art. 102.3). El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, asume la regulación del reintegro de gastos, manteniendo la urgencia vital e inmediata como supuesto excepcional en que se contempla el reembolso *"La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción..."* (art. 4.3).

La regulación que ambas disposiciones efectúan, vino a suprimir el reembolso de gastos de igual naturaleza, previsto, anteriormente a ellas, para los supuestos de denegación de asistencia y el error de diagnóstico, ciñéndolo al supuesto concreto previsto en el precepto recogido de **urgencia vital**.

A este respecto resulta adecuado traer a colación la Sentencia del TS, Sala 4ª, de 08/05/2024; ECLI:ES:TS:2024:2709, que enumera los requisitos legales para el reintegro

de gastos en la sanidad privada:

“Para que proceda el reintegro de gastos, la jurisprudencia, bajo la dicción del art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, incide en la preceptiva concurrencia de cuatro requisitos, en los que insisten las SSTS de 17 de julio de 2007, rcud 557/2006 y de 31 de enero de 2012. Previamente habían conocido de la materia, entre otras, las sentencias de la misma Sala IV de 20/10/2003 (rcud 43/2002) y 17/12/2003 (rcud 63/2003). Los requisitos a los que aludimos son: la calidad vital de la asistencia; su naturaleza urgente e inmediata; la imposibilidad de utilizar oportunamente los servicios públicos de salud; y el carácter no desviado o abusivo del manejo de los servicios.

En la última de las sentencias citadas se precisaba que «ya no se habla de cuatro requisitos reglamentarios sino de tres, pues los dos primeros aparecen ya refundidos». Y, como acabamos de ver, es claro que los dos últimos son en realidad un único requisito. Así, se afirma en el FD Segundo de dicha sentencia: «Con arreglo a la norma reglamentaria, son requisitos para la procedencia del reintegro: a) que se trate de una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, b) que el beneficiario haya intentado la dispensación por el Sistema Nacional de la Salud y no haya podido utilizar oportunamente los servicios del sistema público y c) que la actuación no constituya una utilización abusiva o desviada de la excepción»”.

Igualmente, en nuestro dictamen D.48/12, con expresa remisión a la jurisprudencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, de la que es exponente la Sentencia de 22 de mayo de 2007; ECLI:ES:TSJLR:2007:261, indica lo siguiente:

“La apreciación de urgencia vital requiere, según la jurisprudencia y la doctrina judicial, la concurrencia de varios elementos:

1.- La existencia de una situación de riesgo. *No toda urgencia es de carácter vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extremada y que se caracteriza, en los más de los casos, porque en ella está en peligro la vida del afectado. Pero también en términos menos graves, se aprecia la urgencia vital ante la concurrencia de un peligro que dificulte la curación definitiva del enfermo o que provoque la pérdida de órganos o miembros fundamentales para el desarrollo normal del vivir, aunque la lesión se halle en una zona periférica del cuerpo. La integridad moral queda así incluida en el término «vital». Es preciso, por tanto, una situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo.*

2.- Que la situación de riesgo sea objetiva y contrastada (SSTS de 22 de octubre de 1987, 16 de febrero de 1988, 14 de diciembre de, 1 de julio de 1991 y 31 de mayo de 1995).

3.- Que el riesgo sea inesperado, imprevisible, como un accidente o la aparición súbita de un cuadro clínico **que requiera de una inmediata atención** (SSTS de 11 de marzo de 1986, 15 de enero de 1987, 9 de junio de 1988 y 25 de octubre de 1999).

4.- Que exista perentoriedad o premura en la actuación de suerte que se perjudica la supervivencia del enfermo o se le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física si ha de estarse a la necesaria demora o a la superación de los naturales inconvenientes que supone el acudir a los servicios médicos asignados por la Seguridad Social. Perentoriedad es, en consecuencia, la exigencia de tratamiento inmediato ante la aparición imprevisible de la enfermedad o la producción del accidente y que elimina o excluye cualquier posibilidad de trámites formales y burocráticos previos, de modo que resulte ineludible acudir al centro más cercano de

los adecuados. (SSTS de 15 de enero de 1987 y 1 de julio de 1991).

La urgencia vital precisa, además de la situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo y que exija acción terapéutica inmediata, que no sea posible, extremadamente dificultoso o desaconsejable médicamente el acudir a los servicios sanitarios propios de la Seguridad Social (STS de 7 de marzo de 1985). O, como dice la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 25 de octubre de 1999, supone la aparición súbita de un cuadro clínico que requiere de una inmediata atención, imposibilitando acudir al cuadro médico asignado.

En la urgencia vital concurre una situación objetiva de riesgo, que se traduce en la imposibilidad de utilizar los servicios sanitarios de la Seguridad Social, porque la tardanza en obtener su asistencia o el hecho de que tales servicios no estén en condiciones de prestarla ponga en peligro la vida o curación del enfermo (Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 22 de octubre de 1987, que cita varias, y reiterada en las de 27 de enero, y 15 y 16 de febrero de 1988)".

En la más reciente Sentencia de 08/05/2024 *ut supra* citada, se concreta que la urgencia vital no se predica sólo y exclusivamente en el sentido de peligrar la vida misma.

“Si el autor de la norma reglamentaria hubiera querido restringir los supuestos a los riesgos de pérdida de la vida, así lo hubiera expresado en términos tales como "peligro inminente de muerte", pero no se hizo así. Se acudió a una expresión de mucho más amplio contenido, "urgencia vital", que hemos de interpretar conforme a la segunda de las acepciones del término, referida a la suma importancia o trascendencia".

Continuábamos precisando con referencia al uso de esas variadas expresiones en la ley y el reglamento, que las mismas «no circunscriben la urgencia vital, en todo caso, a un peligro de riesgo para la vida. En el estado actual de la protección social en materia sanitaria, derivado del mandato constitucional del derecho de protección a la salud (art. 43.1 CE) no permite una interpretación mezquina del precepto que nos ocupa...»”.

No obstante lo expresado, resulta evidente que los requisitos indicados para considerar la existencia de la urgencia vital (que posibilita el reembolso de los gastos ocasionados y, en este concreto caso, reclamados), no concurrieron en la situación que, en este caso, aquejó al reclamante.

Quinto

Criterio del Consejo Consultivo

1. En relación a la existencia de responsabilidad patrimonial

Este Consejo Consultivo, adelantamos, comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal como señalan todos los informes que obran en el expediente, junto al informe de la Inspección médica y el informe médico pericial, concluyen que, atendidas todas las circunstancias concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso

concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*, descartando con rotundidad la existencia de *mala praxis* en la atención sanitaria recibida.

De la información obrante en el expediente se desprende:

No hallamos relación causalidad entre el daño y la actuación pública, al no poder objetivar el daño, ya que el tratamiento ofrecido por la Sanidad Pública al reclamante, ha sido el más adecuado, *“Siguiendo las guías de práctica clínica, no puede considerarse incorrecta la decisión de mantener actitud expectante con control evolutivo mediante nuevos estudios, al no existir indicación de cirugía sobre la válvula mitral por encontrarse asintomático desde el punto de vista cardiológico. La cirugía de válvula mitral, está indicada en pacientes sintomáticos”*, bien al contrario, el paciente no tenía indicación de una intervención sobre válvula mitral *“si nos atenemos a las guías de práctica clínica no existe justificación médica para la realización de la cirugía”*.

Las alegaciones de errores de diagnóstico, o no han existido o resultan ser errores de tramitación, corregidos con prontitud y sin ninguna consecuencia. Por otra parte, *“Los tiempos de atención, máximos de espera, en el servicio de cardiología fueron propias de la situación sanitaria en la que se encontraba la sanidad”* en esas fechas que, en cualquier caso, no influyeron en la evolución del paciente ni le ocasionaron ningún perjuicio en su situación clínica.

2. En relación a la “urgencia vital”

El reclamante imputa el tener que recurrir a la Sanidad privada por un funcionamiento deficiente y por lo que considera un error de diagnóstico imputable al Servicio Riojano de Salud. Sin embargo, como resulta de todos los informes médicos obrantes en el expediente, no hubo ninguna razón para acudir a la sanidad privada, no apreciándose ninguno de los requisitos que requiere la *“urgencia vital”*.

En definitiva, la decisión de acudir a la medicina privada del paciente, cuyos consiguientes gastos son los que en definitiva pretende reclamar a través de la responsabilidad patrimonial de la Administración, no enlaza en absoluto con la atención recibida ni con ninguna solución terapéutica imputable a la Sanidad Pública, sino a una decisión voluntaria y libre adoptada por el reclamante.

“La decisión de realizarse la intervención en la medicina privada fue voluntaria, sin existir en ese momento indicación para su realización, ni ningún criterio de gravedad que justificara su realización con criterios de urgencia, pudiendo haber esperado a nueva valoración en el servicio público de salud donde se había estado realizando un adecuado control y seguimiento, que igualmente se le está realizando tras la intervención” (Conclusión 11ª, del Informe de Inspección de 10/02/2025).

No hay, por consiguiente y, en conclusión, ni siquiera daños por los que reclamar, pues no pueden considerarse como tales los gastos derivados de una decisión libre y consciente del paciente, e infundada “*con riesgo elevado y sin justificación médica*”, como resulta de todos los informes técnicos obrantes en el expediente y, en consecuencia, el tratamiento seguido por la Sanidad Pública puede calificarse como conforme con la *lex artis*.

Todo ello determina, a juicio de este Consejo Consultivo, que debe desestimarse la reclamación.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este expediente, dado que la asistencia sanitaria prestada se ha ajustado a la *lex artis*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO