Consejo Consultivo de Canarias

# D I C T A M E N 3 7 2 / 2 0 2 5

**(Sección 1.ª)**

**San Cristóbal de La Laguna, a 22 de septiembre de 2025.**

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 323/2025 IDS)*[*].

## F U N D A M E N T O S

### I

**1.** Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

**2.** La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada (800.000,00 euros) determina la competencia del Consejo Consultivo para emitir dictamen con carácter preceptivo y de la Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante LPACAP-.

**3.** En el análisis de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

---

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

**4.** La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

**5.** El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

**6.** Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la reclamante la condición de interesada al haber sufrido ella misma el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

**7.** Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues esta se presentó el 10 de junio de 2024, principalmente, por un alegado retraso en la atención presencial por el servicio de reumatología correspondiente y por su presunto mal funcionamiento. La primera consulta presencial de reumatología tuvo lugar el día 24 de abril de 2024, considerándose por ello este momento como el inicial del plazo de prescripción del derecho a reclamar, porque que fue el momento final de su espera y porque en dicha consulta aconteció el presunto maltrato alegado por la interesada.

**8.** Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

## II

**1.** En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, se deduce de la reclamación que la interesada reclama por varios motivos concretos:

- En primer lugar por la desatención que atribuye al SCS, pues entre el periodo que abarca desde el 13 de abril de 2021 al 24 de abril de 2024 no fue atendida por el

correspondiente servicio de reumatología de forma presencial, sino a través de interconsultas tramitadas por su médico de atención primaria en diversas ocasiones.

- En segundo lugar, la interesada dice que se vio obligada a acudir a la consulta privada del doctor (...), que es el Jefe del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), quien le diagnosticó fibromialgia, generándole un gasto de 125,00 euros y, además, la citó para una consulta en el CHUC, en el ámbito ya del SCS, para el día 24 de abril de 2024.

- En tercer lugar, la interesada alega que en dicha consulta el doctor (...) le trató de forma ofensiva y denigrante.

Por tanto, la interesada reclama por la desatención médica y el presunto maltrato dispensado por el referido doctor, lo que le ha generado no solo el referido gasto de 125,00 euros, sino que todo ello agravó sus patologías psiquiátricas y físicas, razón por la que reclama una indemnización total de 800.000,00 euros.

**2.** En el presente asunto, para llevar a cabo un adecuado relato de los antecedentes de hecho, es preciso y además útil reproducir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS, emitido el 7 de febrero de 2025, en el que consta que:

*«1. (...) con DNI (...) y 41 años de edad en el momento de los hechos, presenta como antecedentes personales médicos anorexia (a los 21 años), síndrome ansioso-depresivo y rinitis alérgica; quirúrgicos anexectomía izquierda por tumor en ovario (2017) y apendicectomía (2017).*

*2. El día 12 abril de 2021 su Médico de Atención Primaria (MAP en adelante) realizó la primera interconsulta al Servicio de Reumatología describiendo en la misma "poliartralgias, dorsalgia y lumbalgia crónica, limitación funcional" a lo que añadió el informe de un TAC de columna lumbar (25/03/2021) "Rectificación de la lordosis fisiológica. Disminución de la altura de los espacios discales. Mínima protrusión discal circunferencial L3-L4 y L4-L5 sin afectación radicular. Cambios degenerativos en articulaciones interapofisarias lumbares bajas más acentuada a nivel de L3-L4 derecha, valorar clínicamente. Diámetros del canal medular conservado".*

*Al día siguiente, el 13 de abril, un facultativo especialista en reumatología (Dr. (…)) valoró los datos aportados estableciendo como juicio clínico que se describía un dolor axial de origen degenerativo por lo que recomendaba que fuera valorada por el Servicio de Rehabilitación. Ante esta respuesta, su MAP realizó una interconsulta al Servicio de Rehabilitación, sin embargo la paciente no acudió a la cita programada el día 5 de noviembre.*

*3. El día 22 de abril de 2021 su MAP decidió realizar una interconsulta al Servicio de Neurocirugía describiendo la misma sintomatología que previamente a lo que añadió que "al sentarse nota parestesias en los pies". Fue valorada por este servicio en noviembre de 2021 refiriendo la paciente en dicha consulta "cansancio y fatiga generalizada, un episodio de gonalgia (dolor de rodilla) bilateral, cuando realiza sobreesfuerzos dolor generalizado", por lo que se concluyó que ante la presencia de dolor generalizado sin molestia específica que orientara a un origen a nivel del raquis se daba el alta de este servicio.*

*4. Tras la valoración por el Servicio de Neurocirugía, el día 22 de noviembre de 2021 su MAP realizó la segunda interconsulta al Servicio de Reumatología que fue contestada a los cuatro días, el 26 de noviembre, por otro facultativo especialista en reumatología (Dra (…)) quién determinó que no se describían síntomas o signos sugestivos de patología reumatológica por lo que sugirió realizar una analítica completa y volver a derivar con los resultados para valorar citación. Se realizó la analítica recomendada con todo dentro de la normalidad salvo hipertransaminasemia (elevación de enzimas hepáticas) por lo que su MAP indicó realización de analítica de control al siguiente mes objetivando normalización de los valores.*

*5. El día 6 de Octubre de 2022 fue valorada en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (HUC en adelante) por ideación autolítica. El Servicio de Psiquiatría valoró a la paciente concluyendo que en el momento de su entrevista no presentaba ideación autolítica por lo que se estableció el diagnóstico de cuadro ansioso-depresivo, se aumentó la dosis de Sedotime (benzodiazepina para el tratamiento de la ansiedad) y se programó cita en su Unidad de Salud Mental (USM en adelante). La paciente fue valorada por dos facultativos especialistas en psiquiatría en el CAE de La Laguna. En abril de 2024 se emitió un informe por este servicio en el que consta que la paciente había sido valorada en una ocasión por psicología y se seguiría en las consultas.*

*6. El día 19 de enero de 2023, más de un año tras la última interconsulta, su MAP realizó la tercera interconsulta al Servicio de Reumatología describiendo la presencia de dolores generalizados sin ritmo inflamatorio y discopatías lumbares, que fue contestada a los ocho días laborales, el día 1 de febrero, por otro facultativo especialista en reumatología (Dr (…)) quién teniendo en cuenta los datos aportados y la historia clínica disponible sugirió una posible somatización del cuadro ansioso-depresivo por lo que recomendó mantener el seguimiento por la USM de referencia.*

*7. El día 13 de abril de 2023 su MAP realizó la cuarta interconsulta al Servicio de Reumatología describiendo una sintomatología consistente "dolores generalizados, cefalea y depresión, no tiene diagnóstico reumatológico de fibromialgia (...) Por favor citar para establecer un diagnóstico y ajustar el tratamiento". En ese momento consta que la paciente estaba en tratamiento con: Cymbalta (antidepresivo), Amitriptilina (antidepresivo, efecto*

*analgésico), Gabapentina (tratamiento del dolor neuropático), Etoricoxib (antiinflamatorio), Tizanidina (relajante muscular), Sedotime (benzodiazepina), Omeprazol, Vitamina B12, Vacuna antialérgica. A los dos días, el día 15 de abril, otro médico reumatólogo (Dr(…)) respondió que se había contestado a las interconsultas previas indicando que con los datos aportados impresionaban artromialgias con ritmo mecánico y sin sospecha de patología inflamatoria o autoinmune sistémica subyacente. Ante esta valoración recomendó tener en cuenta otros factores como la obesidad (IMC 33), el síndrome ansioso-depresivo y la raquialgia mecánica (TAC marzo 2021) que podrían influir en el origen y percepción de la clínica dolorosa. Así mismo, indicó que una vez corregidos o estabilizados estos factores (normopeso, control del dolor axial y control del componente psico-somático en relación al síndrome ansioso-depresivo), en caso de persistencia de clínica se citaría para emitir un juicio diagnóstico más acertado en ausencia de factores que pudieran artefactar su valoración.*

*8. A la vista de esta respuesta, el día 4 de mayo de 2023, su MAP realizó una interconsulta al Servicio de Endocrinología describiendo que la paciente no había sido citada por el Servicio de Reumatología al no encontrar datos sugestivos de patología inflamatoria o autoinmune en presencia de factores que podrían artefactar el diagnóstico de fibromialgia entre los que se encuentra la obesidad (peso 104Kg, talla 174 cm, IMC 34,35). El día 5 de Octubre de 2023 fue valorada por este servicio dejando constancia en la historia clínica de que la paciente no deseaba acudir a la consulta y que no deseaba ser remitida a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia (UTCA en adelante), sin embargo se mantuvo el seguimiento por el Servicio de Endocrinología con apoyo de enfermería. Ese mismo día fue valorada en consulta de enfermería en la que la paciente reiteró que no deseaba seguimiento, no obstante se dieron por escrito recomendaciones dietéticas y de hábitos de vida saludable.*

*9. El día 5 de marzo de 2024 la paciente decidió acudir a valoración en consulta privada de reumatología (Dr (...)) en la que se realizó una anamnesis y exploración física estableciendo como juicio clínico fibromialgia para lo que recomendó continuar con el tratamiento analgésico, realizar ejercicio físico y perder peso, así mismo dejó por escrito en el informe "Deberá realizar interconsulta virtual a reumatología a la atención del Dr (...)".*

*Ese mismo día su MAP realizó la quinta interconsulta al Servicio de Reumatología que fue contestada a los tres días, el 8 de marzo, por otra reumatóloga (Dra (…)) informando que una vez establecido el diagnóstico podría mantener seguimiento desde atención primaria a lo que añadió recomendaciones (la importancia de conocer la naturaleza del dolor, realizar ejercicio diario, técnicas de relajación y estiramientos, así mismo enumeró tratamientos farmacológicos de los que podría beneficiarse: antidepresivos duales, amitriptilina, ciclobenzaprina nocturna, paracetamol+tramadol). Posteriormente tuvo cita presencial el día 24 de abril con el Dr (...), el mismo reumatólogo que la había valorado en su consulta*

*privada, quién emitió un informe con el mismo juicio clínico y recomendaciones que había dado previamente.*

*10. El mismo día 24 de abril, tras la cita presencial con el reumatólogo Dr (...), acudió a cita de revisión con el Servicio de Endocrinología. En esta consulta se deja registrado "llora durante toda la consulta, muy desanimada y con muchas excusas para cambiar hábitos" y además consta en el plan a seguir "cito con ingestas y remito a UTCA (convenzo a irá)" de modo que se realizó interconsulta al Servicio de Psiquiatría-UTCA describiendo: "Ruego valoración de mujer 44 años con obesidad grado 3 y AP de anorexia que nunca llevó seguimiento, poca disposición para cambio de hábitos, muchas excusas, limitación para el por fibromialgia (...) Refiere mucha ansiedad por la comida. Llora en consulta. Refiere distorsión imagen corporal. Agradezco valoración. Un saludo". Ese mismo día fue valorada en consulta de enfermería comentando la paciente que no acudía a controles porque padece fibromialgia y le cuestan los traslados, además de que no conduce.*

*11. El día 27 de mayo de 2024 fue valorada por el Servicio de Psiquiatría del HUC (en concreto en la UTCA) tras la derivación por el Servicio de Endocrinología el mes previo, concluyendo tras la valoración la presencia de predominio de sintomatología ansioso-depresiva reactiva a situación física y vital, por lo que se recomendaba continuar seguimiento por la USM de referencia siendo dada de alta de esta consulta»*.

## III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

**1.** El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el 10 de junio de 2024.

El 27 de junio de 2024, se dictó la Resolución n.º 486/2024 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

**2.** El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, ya referido y el informe del doctor (...) Jefe del Servicio de Reumatología del CHUC.

**3.** Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada.

**4.** Además, se le otorgó después el trámite de vista y audiencia a la interesada, no presentando escrito de alegaciones

**5.** Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 3 de julio de 2025. En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que «*La Asesoría*

*Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias. | En este caso, no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que es de aplicación, lo dispuesto, entre otros, en su informe - AJS 40/17- C – que indica que ha de existir una necesaria relación causal a fin de poder reconocer responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), de aplicación en relación con lo establecido por la Disposición Transitoria Tercera, apartado a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública. La Asesoría Jurídica en dicho informe trae a colación la STS Sala 3ª sección 6º de 21 de marzo de 2006, que indica lo siguiente: "no basta para dar lugar a la responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, siendo necesario que el perjuicio invocado cuya reparación se pretende, sea consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria"*».

# IV

**1.** La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS. En ella se concluye manifestando que:

*«1) Desde atención primaria se realizaron cinco interconsultas virtuales al Servicio de Reumatología, todas ellas contestadas en un tiempo más que razonable, llevando a cabo una valoración de los datos aportados junto con la revisión de la historia clínica de la paciente para dar en cada momento una respuesta acorde y orientando para el mejor manejo, por lo que no se considera que haya existido una falta de atención.*

*2) La paciente estaba recibiendo el tratamiento acorde a la sintomatología descrita, sin haber sido sustancialmente modificado, por tanto, no se considera que la falta de un diagnóstico concreto influyera en su evolución.*

*3) Inició proceso de incapacidad temporal por trastorno ansioso-depresivo el día 6 de octubre de 2022 siendo dada de alta por resolución del INSS el día 4 de marzo de 2024, por lo que no se considera correcta su aseveración "incapacidad para trabajar sin un diagnóstico oficial"».*

**2.** A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria, tal y como la doctrina de este Consejo ha

venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, 162/2024, de 2 de abril y 159/2025, de 24 de abril), procede tener en cuenta que a la Administración le es exigible la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple existencia o producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es (STS 50/2021 de 21 Ene. 2021, Rec. 5608/2019, ECLI:ES:TS:2021:219) *una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado*, que en ningún caso puede exigirse que resulte absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio sanitario y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión o padecimiento existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad de la administración pública, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuados o la falta de uno o de otra, y aquellos otros en los que se han debido a la evolución natural o propia de la enfermedad misma y a la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad -además- de cualesquiera otras normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, Rec. 3149/2001, 7 y 20 de marzo de 2007, Rec. 5286/2003 y Rec.7915/2003, 12 de julio de 2007, Rec. 92/2003, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en cada caso particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

**3.** A la hora de abordar la cuestión de fondo que nos ocupa, teniendo en cuenta los motivos en los que se fundamenta la reclamación de la interesada, expuestos con anterioridad, se ha de partir de un hecho indubitado no cuestionado ni por la Administración ni por la propia interesada.

Así, en el periodo referido por la interesada se produjeron a instancias de los sanitarios que atendían a la paciente interconsultas con el Servicio de Reumatología del CHUC los días 12 de abril y 22 de noviembre de 2021, 19 de enero y 13 de abril de 2023 y 5 de marzo de 2024, lo cual consta en las páginas 213, 229 y ss., 256, 267 y ss. y 314 y ss. del expediente remitido a este Consejo Consultivo, correspondientes todas ellas al Historial Médico de la interesada en el ámbito de la Atención Primaria. Además, en el Historial Médico de la interesada, en las páginas 436 y ss. del expediente obra la documentación relativa a las mencionadas interconsultas, que son asimismo referidas en otras partes del expediente, comprensivas del historial médico de la paciente en el HUC.

**4.** En el informe del SIP se analiza de forma pormenorizada y exhaustiva todo el proceso médico que aquí nos ocupa y se da contestación médicamente cualificada a las cuestiones planteadas por la interesada, exponiéndose lo siguiente:

*«CONSIDERACIONES:*

*Desde atención primaria se realizaron varias interconsultas al Servicio de Reumatología por lo que se considera oportuno realizar una relación cronológica de los contactos con este servicio para analizar la actitud adoptada en cada momento, así como añadir en dicha cronología el resto de episodios de relevancia.*

*1- 12 abril 2021: Se realizó la primera interconsulta en la que se describe una sintomatología que asociada al informe del TAC lumbar realizado el mes previo sugería dolor axial de origen degenerativo por lo que de forma razonada se respondió que se beneficiaría de una valoración por el Servicio de Rehabilitación al que la paciente fue derivada con cita programada a la que no acudió.*

*2- 22 noviembre 2021: Se hizo la segunda interconsulta informando que la paciente había sido valorada por el Servicio de Neurocirugía (derivada por decisión de su MAP) desde dónde informaban "que no es el médico a quien tenemos que derivar", por lo que su MAP realizó otra consulta virtual al Servicio de Reumatología. Una vez revisada la historia clínica se contestó que no se objetivaban datos de patología reumatológica por lo que se sugería realizar analítica y derivar con resultados para valorar citación. Se realizó analítica en febrero de 2022 con todo dentro de normalidad salvo hipertransaminasemia por lo que se repitió analítica en marzo de 2022 en la que se habían normalizado los valores. La respuesta*

*del Servicio de Reumatología en este momento también se considera acertada para una mejor orientación diagnóstica.*

*3- En el año 2022, las citas en atención primaria fueron por otros motivos de consulta (predominando los contactos para la renovación de tratamiento y administración de vacuna hiposensibilizante), destacando únicamente el episodio del día 6 de Octubre en el que fue derivada al SUH del HUC para valoración por el Servicio de Psiquiatría, constando en dicha derivación "pcte que acude sola al centro fuera de hora, refiere que se siente muy mal, ojos rojos, lagrimeo en sala espera, a consulta entra llorando, niega consumo de sustancias y manifiesta ideas autolíticas en relación a problemas para enfrentar su negocio (peluquería). En consulta verbaliza misma idea constantemente: tengo que parar, no veo salida, mejor quitarme la vida". Tras ser valorada por el Servicio de Psiquiatría se estableció el diagnóstico de cuadro ansioso-depresivo y fue dada de alta hospitalaria indicando seguimiento por la USM de referencia. En ese momento inició incapacidad temporal por trastorno ansioso- depresivo con fecha 6 de Octubre de 2022, siendo dada de alta por resolución del INSS el día 4 de marzo de 2024.*

*4- 19 enero 2023: Más de un año tras la última, se realizó una tercera interconsulta en la que se describe un dolor generalizado sin ritmo inflamatorio y en presencia de discopatías lumbares. A la vista de la clínica descrita y los antecedentes de la paciente se contestó que impresionaba somatización del cuadro ansioso-depresivo por lo que se recomendó continuar seguimiento por la USM, añadiendo "Creo que cuantos más especialistas evalúen a la paciente, pero será su pronóstico". La respuesta en este caso también se considera adecuada a la clínica y antecedentes descritos, sin tener datos claramente sugestivos de patología reumatológica puesto que se describe que el dolor no tiene ritmo inflamatorio y además se añade el antecedente de discopatía lumbar. En cuanto a la apreciación de que no se beneficiaría de la evaluación de muchos especialistas tiene sentido puesto que el tratamiento para la sintomatología descrita puede ser manejado por su MAP o desde la USM de manera que el ajuste de tratamiento por un mismo facultativo permite valorar la evolución y determinar la necesidad de realizar nuevos ajustes, lo cuál se vería dificultado en caso de que diferentes facultativos con diferentes criterios realizaran cambios en su plan terapéutico.*

*5- 13 abril 2023: En esta cuarta interconsulta se solicitó valoración para establecimiento de un diagnóstico y ajuste del tratamiento. En este momento se da una respuesta muy exhaustiva orientando a su MAP sobre el abordaje de factores que podrían influir en el origen y percepción del dolor (obesidad, síndrome ansioso-depresivo, dolor axial de tipo mecánico) de manera que una vez estabilizados podría ser derivada nuevamente para realizar un juicio diagnóstico sin factores de confusión puesto que el diagnóstico de fibromialgia es de exclusión. Además, respecto al ajuste del tratamiento, cabe comentar que en ese momento la paciente ya tenía un tratamiento acorde a la clínica descrita con fármacos antidepresivos, ansiolíticos y analgésicos.*

*6- En cuanto a los factores descritos anteriormente, la paciente tenía en su tratamiento fármacos para el manejo del síndrome ansioso-depresivo (antidepresivos y ansiolíticos) y del dolor (analgésicos), por lo que su MAP para intentar abordar la obesidad realizó una interconsulta al Servicio de Endocrinología dónde fue valorada por el facultativo especialista así como en consulta de enfermería, describiéndose la poca disposición de la paciente para el cambio.*

*7- 05 marzo 2024: Acudió a consulta de un reumatólogo privado (Dr (...)) en la que se estableció como juicio clínico fibromialgia, se indicó continuar analgesia, realizar ejercicio físico y bajar de peso. Además se indicó realizar una interconsulta virtual al Servicio de Reumatología del HUC a su propia atención.*

*En este punto se considera oportuno introducir que el síndrome de fibromialgia es de etiopatogenia y fisiopatología incierta, afecta principalmente a mujeres y se caracteriza por hipersensibilidad al dolor, dolor generalizado, fatiga, alteraciones del sueño, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Su diagnóstico es clínico, por tanto se debe sospechar ante síntomas sugestivos en ausencia de causa aparente que lo justifique, es decir, deben descartarse enfermedades reumatológicas, artrosis, problemas de la columna, enfermedades sistémicas o toma de fármacos que producen dolor. En términos generales debe ser diagnosticado y tratado en atención primaria, aunque en situaciones en las que existan dudas por problemas de salud concomitantes que precisen pruebas especiales o comorbilidad psiquiátrica debería remitirse al especialista correspondiente. El tratamiento debe ser individualizado con medidas no farmacológicas que incluyan la educación, fomentar un estilo de vida saludable y ejercicio físico, así como medidas farmacológicas destinadas al manejo de síntomas entre los que se recomiendan fármacos antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivos con efecto analgésico, analgésicos y benzodiazepinas[1].*

*En el caso descrito la paciente tenía presentes otros factores que podían influir en la clínica presentada, como la discopatía lumbar por lo que fue derivada al Servicio de Neurocirugía, el síndrome ansioso-depresivo por el que fue derivada al Servicio de Psiquiatría y la obesidad por lo que se derivó al Servicio de Endocrinología. Antes de la valoración por el Servicio de Reumatología y establecimiento del diagnóstico concreto, la paciente ya tenía en su plan terapéutico fármacos para el manejo de los síntomas coincidiendo con los recomendados para el tratamiento de la fibromialgia: antidepresivos (amitriptilina, cymbalta), anticonvulsivo (gabapentina), analgésicos (etoricoxib, tramadol), benzodiazepinas (sedotime, alprazolam), por tanto la falta de establecimiento de un diagnóstico concreto no ha influido en el manejo terapéutico llevado a cabo, es más, una vez establecido el diagnóstico se continuó con el mismo tratamiento incidiendo en la importancia que tiene el control del peso en su caso.*

*Actualmente consta en su plan terapéutico menos tratamiento del que tenía previamente, sin estar activos en este momento: Tramadol (fecha inicio prescripción 24/11/2023), Gabapentina (fecha inicio prescripción 08/03/2022), Amitriptilina (fecha inicio prescripción 27/10/2022) ni Etoricoxib (fecha inicio prescripción 08/03/2022). Plan terapéutico actual:*

*8- 05 marzo 2024: Su MAP realizó la quinta interconsulta al Servicio de Reumatología a la que se respondió que una vez ha sido diagnosticada el seguimiento podría hacerse desde atención primaria, no obstante fue citada presencialmente.*

*9- 24 abril 2024 09:15 horas: Acudió a la cita presencial con el Servicio de Reumatología del HUC (Dr (...)) dónde el facultativo emitió un informe con el mismo juicio clínico y recomendaciones que había dado previamente en su consulta privada.*

*10- 24 abril 2024 11:46 horas: Tuvo cita de revisión con el Servicio de Endocrinología en el HUC dónde se volvió a recomendar a la paciente, al igual que se le había comentado en la consulta previa con este servicio, que se beneficiaría de ser valorada por la UTCA por lo que fue derivada.*

*A este respecto se considera oportuno dar respuesta a parte de la reclamación en la que se recoge que el reumatólogo Dr (...) la había tratado de forma despectiva e irrespetuosa por lo que salió de la consulta "con una ansiedad y teniendo a los 15min otra cita en endocrinología, al ver mi estado me deriva urgente a psiquiatría del HUC diciéndome que no tengo un trastorno alimenticio sino que la situación me la ha causado todo en general debido al maltrato de este señor". Sin embargo, a la vista de la documentación disponible, en la consulta con el Servicio de Endocrinología no se describe nada a este respecto y tampoco fue derivada al Servicio de Psiquiatría de forma urgente, sino que se realizó una interconsulta para valoración por la UTCA, posibilidad que ya se había planteado desde la cita previa pero que la paciente había rechazado. Además cabe añadir parte del informe del reumatólogo Dr (...) en el que suscribe "(...) Y. solo ha mantenido relación médico- paciente en el Servicio de Reumatología conmigo y en todo momento fue tratada dentro del respeto que toda persona merece. Veo muchos pacientes con dolencias similares a los de (...) y a todas me dirijo y me expreso con la misma pauta. Sé que este punto es su palabra contra la mía, pero llevo 30 años de profesión y siempre he intentado ser con los pacientes lo más agradable y empático que mi capacidad me permite. En términos generales, los pacientes me manifiestan que se encuentran cómodos siendo atendidos por mi y jamás he tenido una reclamación ni por trato inadecuado ni de ninguna otra naturaleza."*

*CONCLUSIONES*

*1) Desde atención primaria se realizaron cinco interconsultas virtuales al Servicio de Reumatología, todas ellas contestadas en un tiempo más que razonable, llevando a cabo una valoración de los datos aportados junto con la revisión de la historia clínica de la paciente*

*para dar en cada momento una respuesta acorde y orientando para el mejor manejo, por lo que no se considera que haya existido una falta de atención.*

*La consulta virtual es una vía de comunicación directa entre médicos de ambos niveles asistenciales, atención primaria y especializada, que agiliza la asistencia sanitaria y reduce los tiempos de espera con lo que se consigue disminuir los tiempos de demora en la atención de casos graves. Se trata de una herramienta de comunicación que permite la valoración de los pacientes sin que tengan que trasladarse al centro hospitalario o centro de atención especializada de referencia puesto que el facultativo especialista al que se le realiza la consulta tiene acceso a la información aportada (anamnesis y exploración física) así como a los datos de la historia clínica del paciente para poder establecer un juicio clínico y una orientación terapéutica.*

*2) La paciente estaba recibiendo el tratamiento acorde a la sintomatología descrita sin haber sido sustancialmente modificado, por tanto no se considera que la falta de un diagnóstico concreto influyera en su evolución.*

*3) Inició proceso de incapacidad temporal por trastorno ansioso-depresivo el día 6 de Octubre de 2022 siendo dada de alta por resolución del INSS el día 4 de marzo de 2024, por lo que no se considera correcta su aseveración "incapacidad para trabajar sin un diagnóstico oficial"».*

**5.** Además de ello, en el informe del Servicio actuante se manifestó lo siguiente:

«Entre el 12 de abril del 2021 y el 5 de marzo de 2024 se elaboraron 5 informes en respuesta a 5 solicitudes que de la Dra. (...), médico de familia de (...) Y., solicitó mediante interconsulta virtual al Servicio de Reumatología del HUC.

La prioridad que le atribuyó el médico solicitante a todas las interconsultas fue NORMAL y el tiempo medio de respuesta a todas ellas fue de 4 días naturales entre la solicitud y el preceptivo informe.

*Las interconsultas fueron contestadas por 5 médicos especialistas en reumatólogía diferentes a lo largo de ese tiempo: el Dr. (...), la Dra. (...), el Dr. (…), el Dr. (…) y la Dra. (…). El motivo de las interconsultas esencialmente hacían referencia a poliartralgias no inflamatorias generalizadas junto a dolores axiales (cervicales y lumbares) de naturaleza mecánica. Los médicos especialistas hicieron la valoración de la clínica según la información que aportó el médico de familia, los antecedentes de la paciente y por las pruebas analíticas y de imagen que figuraban en la historia clínica.*

*Todos hicieron una valoración de la molestias de (...) Y. en relación con patología degenerativa (artrosis), y se apuntó que la percepción clínica podría estar influenciada negativamente por el síndrome ansioso-depresivo que padecía la paciente. En los 2 últimos*

*informes: 15 de abril de 2023 y 8 de marzo de 2024 se apuntó la posibilidad de que la paciente tuviera un cuadro de desensibilización central (fibromialgia). Se hicieron las recomendaciones de tratamiento y de cambios de estilo de vida que consideraron oportuna ajustándose todas ellas a la mejor evidencia disponible.*

*La paciente solicitó una consulta fuera del sistema público y es valorada el día 5 de marzo por mi. Mi impresión clínica fue que la paciente padecía dolores mecánicos en relación con patología degenerativa y que cumplía criterios de fibromialgia, un diagnóstico de exclusión en base a dolores multilocalización y alteraciones del descanso nocturno. La fibromialgia carece tanto de una prueba diagnóstica (se diagnostica por criterios clínicos en un paciente cuyas dolencias no pueden ser explicadas por otra causa) como de un tratamiento con eficacia sólidamente probada y se le recomendó perder peso (peso: 103 kgs), ejercicio periódico y analgésicos. Uno de las recomendaciones más habituales para el manejo de la fibromialgia es el uso de antidepresivos. La paciente ya tomaba estos fármacos por un Síndrome ansioso-depresivo por el que estaba siendo tratada por el Servicio de Psiquiatría. Se realizaron dos informes: uno en el ámbito privado el día 5 de marzo y otro el 24 de abril del 2024».*

**6.** A mayor abundamiento, y en relación con la fibromialgia, en el informe de interconsulta del Servicio de Reumatología, elaborado por la doctora (…) (página 10 y ss. del expediente) se afirma lo siguiente:

*«La fibromialgia es una alteración crónica de la modulación del dolor que no tiene tratamiento específico y responde mal a los fármacos. Una vez diagnosticada no precisa seguimiento por atención especializada, porque no aportamos nada diferente a lo que se puede hacer en atención primaria.*

*(…)*

*De todas formas si consideras que podemos aportar algo más a la paciente, no dudes en pedirnos otra interconsulta».*

**7.** Todo lo anterior conduce a concluir que en este caso ha resultado debidamente acreditado, a través de la documentación médica aportada al expediente, que la Administración sanitaria ha cumplido íntegramente con la obligación de medios que le es propia, es decir, ha puesto a disposición de la interesada la totalidad de los medios materiales y humanos de los que dispone para tratar sus dolencias.

En particular se ha probado que las interconsultas, llamadas también consultas *virtuales* (en el sentido de hechas por internet - vid. DLE RAE) mediante comunicación directa entre distintos médicos y servicios sanitarios, de atención primaria y especialistas o de estos entre sí, son comunicaciones existentes y reales, y

ni son contrarias a las reglas de la lex artis ni constituyen una *mala praxis médica*, pues a través de las mismas y partiendo siempre del estudio y exploración física e inmediata del paciente, efectuado de forma presencial, se efectúa un adecuado -y en muchas ocasiones pronto o incluso inmediato- seguimiento de la patología de los pacientes, y como ha ocurrido en este caso, a la interesada, dando lugar a la prescripción de un tratamiento médico que nunca se varió, ni siquiera cuando *por exclusión* o *descarte* se le diagnosticó la fibromialgia, siendo el prescrito el tratamiento conocido, existente e indicado para este tipo de patología, sin perjuicio o en conjunción con los antidepresivos que se le habían prescrito por el correspondiente servicio de psiquiatría y que habrían de contribuir a la mejoría de los síntomas de la fibromialgia, como se indica en los informes del expediente anteriores o concurrentes a la prescripción.

Además de todo ello, se debe tener en cuenta también que la interesada durante el periodo referido fue tratada de forma presencial de todas y cada una de sus dolencias físicas y psíquicas por distintos especialistas dependientes del SCS, observándose en su Historial Médico que fue tratada y seguida periódicamente por especialistas en psiquiatría, traumatología, rehabilitación, endocrinología y neurocirugía, aunque ello no impida que la interesada considere que el mal funcionamiento se concreta exclusivamente en el servicio de reumatología, con el alcance que describe en su reclamación inicial y luego en el escrito de subsanación. Consta también que con anterioridad, en mayo de 2023, había formulado una reclamación al SCS, en parecidos términos a la que origina este expediente.

**8.** Sobre los diagnósticos que durante parte del proceso médico descrito se produjeron, se ha de tener en cuenta lo siguiente:

- En primer lugar, las propias características de la fibromialgia, cuyo diagnóstico solo se puede obtener, como afirma el SIP, por *exclusión* o *descarte* de otras patologías que previamente deben ser estudiadas convenientemente, como ocurrió en este caso y como no pude ser de otra manera, pues no se ha de olvidar que en dicho informe se resalta que la fibromialgia es una patología de etiopatogenia y fisiopatología inciertas.

- En segundo lugar, pudiera recordarse y no olvidar la aplicación de la regla de la «*prohibición de regreso*», a la cual nos hemos referido, entre otros, en el Dictamen 159/2025, de 24 de abril, en el que se señala que no cabe reprobar las actuaciones médicas «*si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución*

*posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen (...) las leyes del razonamiento práctico*» (como dicen entre otras las STS de 14 y 15 de febrero de 2006 y 7 de mayo de 2007).

Ello implica que no es posible entender que haya habido error de diagnóstico o demora en su formulación y en el establecimiento de medidas terapéuticas adecuadas, y deducirlo de que la formulación del diagnóstico de fibromialgia se efectúa cierto tiempo después de la primera interconsulta y tras el reconocimiento presencial, máxime cuando se tuvo presente su posibilidad desde los momentos iniciales y desde entonces fueron estableciéndose sucesivamente diagnósticos adecuados a los síntomas (físicos y mentales) que la paciente fue presentando durante todo el proceso médico referido, siendo especialmente relevantes los correspondientes a sus protrusiones discales, las gonalgias y los correspondientes al trastorno ansioso-depresivo, y otras dolencias, dado que -como se informa- en muchas ocasiones tales patologías producen síntomas psico-somáticos similares a los que caracterizan a la fibromialgia, y así se explica en los informes médicos expuestos anteriormente. Similar consideración o reflexión pudiera hacerse, a la vista del expediente, acerca de la trascendencia que la situación de sobrepeso pudo haber influido en algunos padecimientos y dolencias o patologías de la paciente. Y todo ello se advierte en los informes y prescripciones que obran en el expediente, insistiéndose en la conveniencia de reducir el sobrepeso y tratar las otras dolencias, para no "*artefactar*" -querrá decirse no producir un diagnóstico artificioso y por tanto errado- de fibromialgia.

**9.** Además de lo expuesto, la interesada no ha aportado ninguna prueba que permita desacreditar o refutar los informes médicos que, por su parte, el SCS sí ha presentado con ocasión de este procedimiento, es decir, no ha probado aquella que el haber empleado el sistema de interconsulta para el tratamiento y seguimiento de sus patologías fuera inadecuado, ni tampoco que agravara ninguna de las que ya padecía o produjera diagnósticos perturbadores o iatrogénicos. Y tampoco se ha aportado ni propuesto ningún elemento probatorio conducente a evidenciar que el SCS hubiera incumplido su obligación de medios ni actuado contra la *lex artis* ni consta, también por falta de prueba ni de iniciativa para su práctica, la propia existencia real de los daños referidos en la reclamación y que son su alegado fundamento.

No se ha acreditado que los padecimientos físicos y psíquicos que alega constituyan un agravamiento de su patología, cuando los mismos son los propios y

normales de los diferentes padecimientos que sufre, tales como trastorno ansioso-depresivo, discopatías y fibromialgia, ni los daños económicos que según la interesada se derivan de su imposibilidad de continuar con su actividad de peluquera, y que en su caso, en cuanto ciertamente se hayan producido, se habrían originado por las propias características de las enfermedades y patologías, que, como ya se dijo, no consta que se hayan agravado y menos aún hubiera ocurrido ello por una actuación sanitaria correcta, como resulta de los datos y argumentos técnicos y científicos del expediente.

Tampoco ha presentado prueba alguna que acredite que el doctor (...) le dispensó un trato ofensivo, denigrante o inadecuado en forma alguna; por el contrario, el hecho de que dicho médico gestionara, por así decirlo, tras su consulta privada, que la interesada fuera tratada por el servicio hospitalario -como ella quería- y por él mismo (que era el jefe del servicio) en el ámbito público del SCS y no en aquella consulta particular, puede razonablemente tomarse *per se* como un potente indicio que desvirtúa las alegaciones de la interesada acerca del presunto mal trato.

Sobre la necesidad y la carga de la prueba es conocida la doctrina reiterada del Consejo, expresada p. ej. en el DCC 159/2025, ya referido:

*«En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, que: « (...) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».*

Y este criterio sobre la carga de la prueba resulta aplicable también en el presente asunto.

**10.** Finalmente, en cuanto al gasto de 125,00 euros, derivado de la consulta privada ya referida, es necesario recordar que este Consejo Consultivo ha señalado en diversas ocasiones al respecto, por ejemplo, en el Dictamen 213/2017, de 4 de julio, entre otros muchos, con cita de la STS de 8 de noviembre de 199 (Sala de lo Social) que: *«" (...) en tanto la urgencia del caso clínico, unida a la desatención efectiva del enfermo, o solamente esta última, no imponga a los familiares del mismo y previos los asesoramientos facultativos suficientes el deber de hospitalización inmediata y utilización de la asistencia privada, para evitar que se ponga en peligro la vida o la curación definitiva del paciente supuestos de excepción muy calificada, (...) los gastos que el tratamiento particular de emergencia origine deben correr a cargo del Seguro".*

*En este mismo sentido, el art. 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone que:*

*"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. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero".*

*Y en el reciente Dictamen 82/2017, de 15 de marzo, se ha señalado al respecto que:*

*"Reiterada jurisprudencia en relación con estos preceptos o con sus antecedentes legales ha insistido en que la prestación sanitaria exigible en el ámbito de la sanidad pública responde a los siguientes ejes fundamentales: que la citada prestación ha de otorgarse con los medios disponibles del Sistema Nacional de Salud; que la asistencia sanitaria ha de llevarse a cabo en términos de eficacia e igualdad, pero también en términos que permitan la estabilidad financiera del sistema, lo cual precipita en todo caso que la asistencia debida por el servicio público de salud se encuentra sometida a limitaciones; que no existe un derecho de opción de los beneficiarios del sistema público de salud para recabar asistencia sanitaria fuera del ámbito de ese sistema, ya que el recurso a la sanidad privada es excepcional por imperativo legal, ha de justificarse en cada caso y ha de hacerse ello con especial rigor, habida cuenta la calidad cierta de los recursos económicos y dotacionales del*

*sistema público y la cualificación técnica y humana del personal al servicio del mismo; que, en razón de lo anterior, el servicio público de salud no puede arrostrar los gastos ocasionados por la utilización de servicios sanitarios ajenos a ese servicio, excepción hecha de los casos reglamentariamente establecidos; que, en atención a las previsiones reglamentarias vigentes, el recurso a la asistencia sanitaria privada que es susceptible de ser económicamente asumido por el sistema público de salud es exclusivamente el recurso debido a una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, siempre que conste que no se pudieron utilizar los servicios sanitarios públicos y que se acudió a la prestación sanitaria privada de forma no abusiva ni desviada; y que una interpretación extensiva de la responsabilidad del sistema sanitario público por gastos generados como consecuencia de asistencia prestada en el ámbito privado, es interpretación que bien puede abrir la inaceptable espita discriminatoria consistente en incrementar las posibilidades de recepción de asistencia sanitaria en favor de quienes dispongan de recursos económicos para acudir a la asistencia privada, iniciando a renglón seguido el procedimiento para intentar obtener la restitución del desembolso efectuado, posibilidad que en ningún caso existiría para el mayoritario colectivo que carece de los recursos necesarios a tal fin"».*

Estos razonamientos y esta doctrina resultan aplicables igualmente al presente asunto y determinan que legalmente no proceda el reintegro de los 125,00 euros referidos.

**11.** En síntesis, no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el correcto funcionamiento del Servicio y el daño reclamado -tampoco demostrado- por la interesada, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por la misma.

## C O N C L U S I Ó N

Se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.