



## Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Distr. general  
17 de mayo de 2017  
Español  
Original: inglés

### Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

#### Decisión adoptada por el Comité a tenor del artículo 2 del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 27/2015\* \*\*

<i>Comunicación presentada por:</i>	L. M. L.
<i>Presunta víctima:</i>	La autora
<i>Estado parte:</i>	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
<i>Fecha de la comunicación:</i>	12 de febrero de 2015 (presentación inicial)
<i>Referencias:</i>	Decisión adoptada de conformidad con el artículo 70 del reglamento del Comité, transmitida al Estado parte el 9 de marzo de 2015 (no se publicó como documento)
<i>Fecha de adopción de la decisión:</i>	24 de marzo de 2017
<i>Asunto:</i>	Acceso a los servicios de salud
<i>Cuestiones de procedimiento:</i>	Agotamiento de los recursos internos; fundamentación de las reclamaciones
<i>Cuestiones de fondo:</i>	Derecho a los servicios de salud; derecho a los servicios de habilitación y rehabilitación; igualdad y no discriminación; derecho a la vida; igual reconocimiento como persona ante la ley; protección contra las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; protección de la integridad personal; inclusión y participación en la comunidad; respeto del hogar y de la vida familiar; derecho a la educación; derecho al trabajo y al empleo; derecho a participar en la vida cultural
<i>Artículos de la Convención:</i>	5; 10; 12; 15; 17; 19; 23 a 27; y 30

\* Adoptada por el Comité en su 17º período de sesiones (20 de marzo a 12 de abril de 2017).

\*\* Participaron en el examen de la presente comunicación los siguientes miembros del Comité: Ahmad Al-Saif, Danlami Umaru Basharu, Monthian Buntan, Imed Eddine Chaker, Theresia Degener, Jun Ishikawa, Samuel Njuguna Kabue, Kim Hyung Shik, Stig Langvad, Lászlo Gábor Lovászy, Robert George Martin, Martin Babu Mwesigwa, Carlos Alberto Parra Dussan, Coomaravel Pyaneandee, Valery Nikitich Rukhledev, Jonas Ruskus, Damjan Tatić y You Liang.



*Artículo del Protocolo**Facultativo:* 2 d) y e)

1.1 La autora de la comunicación es L. M. L., ciudadana del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Ha padecido una serie de complejos problemas de salud tras perder líquido cefalorraquídeo durante una discectomía realizada en 2007. La autora alega que el Estado parte ha vulnerado los derechos que la asisten en virtud de los artículos 5, 10, 12, 15, 17, 19, 23 a 27 y 30 de la Convención. La autora pidió al Comité que solicitara al Estado parte la liberación de fondos para sufragar los gastos médicos de las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, y de cualquier otro servicio médico necesario. El Protocolo Facultativo entró en vigor para el Reino Unido el 6 de septiembre de 2009.

1.2 La comunicación fue inscrita en el registro el 9 de marzo de 2015. El Comité, por conducto de su Relator Especial sobre las comunicaciones, decidió no solicitar las medidas provisionales previstas en el artículo 4 del Protocolo Facultativo de la Convención.

1.3 El 24 de septiembre de 2015, el Relator sobre las comunicaciones, actuando en nombre del Comité, decidió, a petición del Estado parte y de conformidad con el artículo 70, párrafo 8, del reglamento del Comité, que la admisibilidad de la comunicación debía examinarse separadamente del fondo.

## **A. Resumen de la información y los argumentos presentados por las partes**

### **Los hechos expuestos por la autora**

2.1 El 18 de septiembre de 2007, la autora se sometió a una operación de discectomía de L5/S1 practicada por un cirujano especialista en columna vertebral en un hospital de Gales. La autora no firmó el formulario de consentimiento de la intervención hasta la mañana de la operación; afirma que el cirujano llevaba retraso y, por consiguiente, no había tiempo para un diálogo abierto a fin de examinar en detalle las ventajas y los riesgos de la operación. Durante la intervención, se rompió la membrana de la médula espinal de la autora, lo que dio lugar a una complicación quirúrgica rara en forma de pérdida masiva de líquido cefalorraquídeo y al posterior desarrollo de un pseudomeningocele tenso de 8 x 4 cm. El cirujano intentó reparar quirúrgicamente la membrana, pero no lo consiguió, ya que la sutura no era estanca. La autora afirma asimismo que el 25 de septiembre de 2007 fue dada de alta a pesar de que presentaba síntomas de seguir perdiendo líquido cefalorraquídeo. La autora sostiene que la complicación quirúrgica rara que sufrió le generó una discapacidad con consecuencias desastrosas que han arruinado su calidad de vida y la han sumido en un dolor constante y debilitante y sin acceso a asistencia médica especializada.

2.2 El 18 de octubre de 2007 la autora fue trasladada al Hospital Universitario de Gales, donde un neurocirujano especialista la operó del pseudomeningocele. Se le insertó un drenaje lumbar posoperatorio en la región lumbar de la columna y se le drenaron 20 ml de líquido cefalorraquídeo durante siete días. La autora fue dada de alta del hospital dos semanas después de la operación, pero su salud seguía deteriorándose. Afirma que después de haber sido dada de alta no se le dispuso tratamiento médico.

2.3 Dado que la autora no pudo obtener una cita con un médico especialista del Servicio Nacional de Salud, fue a consultar de manera privada al neurocirujano que la había operado en octubre de 2007. En diciembre de 2008, el especialista encontró un pseudomeningocele posterior de 2,5 cm de tamaño que al parecer era el causante del constante deterioro del estado de salud de la autora tras su operación. En marzo de 2009 la autora fue sometida a una intervención quirúrgica en el Hospital Universitario de Gales. Antes de ser dada de alta, el neurocirujano le informó de que tenía que esperar dos años para obtener una consulta posoperatoria, lo que, según la autora, superaba ampliamente el tiempo de espera máximo establecido por el Servicio Nacional de Salud. No obstante, en mayo de 2009, la autora obtuvo una consulta con el mismo neurocirujano. Señala que en ese momento el dolor de cabeza, la columna cervical superior, la columna lumbosacra, las piernas y los pies era insuportable. El neurocirujano la remitió a un neurólogo del Hospital Universitario de

Gales para que se le hicieran pruebas diagnósticas, pero este no pudo dar a la autora ninguna explicación médica de sus síntomas. La autora afirma que, después de haber llevado a cabo una sola prueba diagnóstica, un escáner de la columna lumbar, el neurólogo afirmó que lo que la autora sufría eran tensiones musculares y le recomendó fisioterapia. Ante la actitud defensiva a la que se enfrentó, la autora no volvió a solicitar atención médica en Cardiff.

2.4 En septiembre de 2009 la autora presentó una solicitud a la Junta de Salud de la Universidad de Cardiff y Vale para obtener asistencia médica especializada en Londres. La Junta accedió a financiar una resonancia magnética vertical en Londres, ya que en Gales no se ofrecía esa posibilidad. En enero de 2010, la autora vio a un neurólogo en Londres que recomendó otra resonancia magnética con secuencia de imagen rápida con adquisición de estado estacionario para la detección de pérdidas de líquido cefalorraquídeo, así como otras pruebas diagnósticas. La Junta denegó la financiación de nuevas pruebas diagnósticas y rechazó la solicitud de la autora de obtener atención especializada con el Servicio Nacional de Salud de Londres. Solo después de que, en abril de 2010, la autora y su familia apelaran al diputado de su circunscripción autorizó la Junta la realización de nuevas pruebas en Londres. No obstante, la autora quedó en lista de espera en el Servicio Nacional de Salud durante siete meses. Afirma que, en consecuencia, la Junta retrasó su acceso a tratamiento posquirúrgico.

2.5 En julio de 2010, el médico de cabecera de la autora observó que la salud de esta empeoraba y que presentaba nistagmo. El 20 de julio de 2010 se concertó una cita urgente en la consulta privada de un neurólogo en el Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía, quien recomendó que la autora ingresara en el hospital para realizarle nuevas pruebas diagnósticas. Sin embargo, el 6 de agosto de 2010 la Junta de Salud de la Universidad de Cardiff y Vale se negó a sufragar cualquier otra atención médica privada o del Servicio Nacional de Salud, hospitalaria o ambulatoria, en el Hospital Nacional. La madre de la autora se puso en contacto con la Junta en relación con esa decisión y fue informada de que la autora podía presentar una solicitud al grupo de peticiones individuales de tratamiento para que autorizara la financiación de la atención médica privada en el Hospital Nacional de Londres. La autora presentó la solicitud, que fue rechazada por el grupo el 14 de septiembre de 2010 porque, según sus miembros, el médico de cabecera les había asegurado que el estado de salud de la autora no se estaba deteriorando. La autora se puso en contacto con su médico de cabecera para preguntarle por esta información y este le informó a su vez de que no había asegurado nada al grupo. La autora se dirigió al grupo, que el 30 de septiembre de 2010 le concedió dos ingresos hospitalarios privados en el Hospital Nacional. La autora afirma que para entonces la Junta había retrasado su tratamiento 14 meses, pese al empeoramiento de su salud y los fuertes dolores que padecía.

2.6 La autora fue ingresada en el Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía el 1 de noviembre de 2010 por indicación de un neurólogo. Afirma que inicialmente se le diagnosticó una cefalea por uso excesivo de medicamentos, pese a que tomaba muy pocos. Afirma además que se hacía caso omiso de su historial médico y que se rechazó un diagnóstico anterior de aracnoiditis<sup>1</sup>. Se le insertó en el cráneo un sensor para monitorizar la presión intracraneal a fin de controlar la presión del líquido cefalorraquídeo, lo que reveló una presión intracraneal anormalmente baja con altas pulsaciones del líquido cefalorraquídeo. La autora afirma que el neurocirujano y el neurólogo tratantes no entendían muy bien estos resultados. Se le administró un parche hemático epidural al haberse detectado una pequeña filtración de líquido cefalorraquídeo. La autora sostiene que fue dada de alta del Hospital Nacional sin un diagnóstico definitivo y ningún alivio de sus síntomas, que comprendían temblores espasmódicos y dolores incapacitantes en la columna cervical superior y la cabeza. También estaba previsto que se le realizara una prueba de infusión lumbar, pero tuvo que esperar hasta enero de 2012 para que llegara de Suecia el equipo necesario para hacerla. Afirma que durante todo el año 2011 no la trató ningún especialista, aunque seguía padeciendo dolores intensos. La Junta de Salud de la Universidad de Cardiff y Vale se negó a aprobar un nuevo ingreso en el Hospital Nacional

<sup>1</sup> La autora indica que la aracnoiditis es una reacción inflamatoria crónica de la aracnoides, que es una de las tres membranas que protegen el cerebro y la médula espinal.

durante el año 2011, ya que había limitado el número de consultas a un máximo de dos, aunque el estado de salud de la autora empeoraba.

2.7 El 4 de enero de 2012, la autora fue ingresada de nuevo en el Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía para una segunda consulta privada y se le realizó la prueba de infusión lumbar a fin de vigilar la presión del líquido cefalorraquídeo, la resistencia de salida y la tasa de producción de líquido cefalorraquídeo. Las pruebas aumentaron considerablemente los dolores de la columna cervical superior y cerebrales de la autora, por lo que hubo que interrumpirlas al cabo de cuatro horas, aunque en un principio se había previsto que duraran de cuatro a cinco días. No se proporcionó ninguna explicación médica del dolor, y la autora fue dada de alta el 14 de febrero de 2012 sin un diagnóstico claro y sin plan de tratamiento. Por consiguiente, se vio obligada a buscar atención médica en el extranjero, ya que sentía que en el Estado parte se le habían negado un diagnóstico definitivo y tratamiento.

2.8 En febrero de 2012, la autora viajó a los Estados Unidos de América a fin de consultar a un especialista en aracnoiditis, que le diagnosticó una aracnoiditis adhesiva extensa de la columna lumbar. La autora sostiene que, en opinión del especialista, los intentos realizados en el Reino Unido para descubrir el origen del dolor y los síntomas complejos que presentaba habían sido “fútiles”. El especialista observó también que la parte superior del lóbulo parietal de la autora estaba dañada y que le faltaba una pequeña porción. La autora sostiene que esto se debía a la inserción y retirada del sensor de presión intracraneal en 2010 en el Hospital Nacional de Neurología y Neurocirugía de Londres, pero que mientras estuvo ingresada no se le informó de esa lesión cerebral. En marzo de 2012, la autora también consultó a un especialista en líquido cefalorraquídeo en los Estados Unidos de América, que le diagnosticó alta presión del líquido cefalorraquídeo, contrariamente a los resultados detectados en el hospital de Londres, que el experto consideró poco fiables, y le recetó medicamentos a fin de reducir esa presión.

2.9 Por limitaciones financieras, la autora y su familia tuvieron que regresar al Reino Unido y tratar de reanudar allí el tratamiento. Sin embargo, los intentos de obtener un diagnóstico definitivo o un tratamiento allí fueron inútiles, y la autora tuvo que viajar a Alemania en septiembre de 2012 para obtener tratamiento de un especialista en endoscopia lumbar subaracnoidea. El 25 de septiembre de 2012, la autora solicitó al grupo de solicitudes de financiación de pacientes individuales de la Junta de Salud de la Universidad de Cardiff y Vale financiación del Espacio Económico Europeo por vía del formulario S2 para sufragar los gastos del tratamiento en Alemania. El 1 de octubre de 2012, la autora y su familia acudieron a la consulta del especialista en Alemania, que pudo establecer un diagnóstico parcial y determinó que la autora presentaba leptomeningitis ubicua, en particular una aracnoiditis y meningitis aséptica, y también síndrome de médula espinal anclada secundaria. También se observó la existencia de una importante y continua ampliación del espacio subaracnoideo a causa de una presión anormalmente elevada del líquido cefalorraquídeo. El especialista indicó que la autora debía someterse a tres complejas intervenciones de columna en un período de tres semanas, que comprendían la extracción de elementos de fijación interna lumbar, la verificación endoscópica y la liberación de la médula anclada, así como la reducción de la presión del líquido cefalorraquídeo. Las tres intervenciones de la columna se llevaron a cabo en Alemania, pero el especialista no pudo dar a la autora un diagnóstico y tratamiento completos para los síntomas de la columna cervical superior y las cefaleas.

2.10 El 15 de enero de 2013 el grupo de solicitudes de financiación de pacientes individuales rechazó la solicitud relativa al formulario S2 de la autora porque no se le había solicitado la aprobación de la financiación de los gastos antes de empezar los tratamientos en Alemania. El 20 de febrero de 2013, la autora pidió al grupo que revisara su decisión; sin embargo, en marzo de 2013 se rechazó la solicitud de revisión.

2.11 El 17 de junio de 2013 la autora interpuso un recurso ante el Tribunal Superior de Cardiff solicitando la revisión judicial de la decisión del grupo de solicitudes de financiación de pacientes individuales, que fue admitido. Sin embargo, el 19 de diciembre de 2013 el Tribunal Superior desestimó la reclamación de la autora, por considerar que la decisión del grupo no era ilegal.

2.12 El 18 de julio de 2013 la autora presentó otra denuncia ante el Tribunal del Condado de Cardiff alegando negligencia médica por las complicaciones sufridas tras la intervención quirúrgica a la que fue sometida en 2007. La autora encargó un informe medicolegal para las actuaciones ante el Tribunal del Condado. En el informe que se le entregó, se señalaba que la autora parecía haber sufrido una complicación bien reconocida a raíz de la intervención quirúrgica y que no se apreciaba incumplimiento del deber de diligencia, que algunos de sus síntomas eran típicos de hallazgos no orgánicos y que en este caso intervenían problemas psicológicos de particular importancia. La autora impugnó el informe, haciendo referencia a pruebas obtenidas de sus consultas en el extranjero y a lo que ella consideraba múltiples errores en la interpretación de sus informes médicos. La autora considera que la opinión del experto medicolegal era incorrecta. El 14 de octubre de 2013 su solicitud de suspender indefinidamente el proceso fue desestimada y el 5 de marzo de 2014 se decretó la nulidad de su denuncia, alegándose que la autora no había logrado aportar pruebas médicas de que hubiera existido negligencia médica, como había solicitado el Tribunal. La autora afirma que le fue imposible aportar pruebas periciales en apoyo de las denuncias de negligencia porque no se había establecido un diagnóstico definitivo de su estado de salud, que se seguía deteriorando. Afirma además que tenía derecho a un diagnóstico posoperatorio y tratamiento a médico antes de presentar pruebas que justificaran su denuncia.

2.13 En julio de 2013 la autora denunció la situación al Colegio General de Médicos, alegando que varios especialistas que la habían tratado en el período 2007-2012 habían tenido un comportamiento negligente. El Colegio consideró que los especialistas en cuestión no habían sido negligentes.

2.14 En 2013 y 2014 la autora seguía teniendo dolores incapacitantes en la columna cervical superior y la cabeza que le hacían necesitar permanentemente una silla de ruedas. Intentó buscar tratamiento en el Reino Unido para su afección, pero no lo encontró. En septiembre de 2014 la autora fue sometida a un escáner de cerebro y de columna en el Centro de Investigación Nacional de Resonancia Magnética de Ankara, que reveló una disfunción hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo. En noviembre de 2014 la autora consultó a un profesor universitario y neurocirujano de los Estados Unidos de América, que indicó que la autora sufría varios trastornos relacionados con la hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo, como quistes de Tarlov a todos los niveles del canal raquídeo, un pseudomeningocele voluminoso en la columna lumbosacra, un pseudotumor cerebral y un debilitamiento de la interacción del tejido conjuntivo meníngeo entre los nervios, las raíces nerviosas y la aracnoides de los forámenes neurales existentes. El profesor indicó que las pruebas diagnósticas iniciales debían incluir una venografía de contraste para monitorear la estenosis de los senos venosos duros y la presión vertebral e intracraneal con el objetivo de evaluar el sistema hidrodinámico del líquido cefalorraquídeo.

2.15 En el momento de presentar su comunicación al Comité, la autora había tardado siete años en encontrar un especialista capaz de ocuparse de su problema de salud. Afirma que en el Estado parte no ha podido obtener atención médica adecuada ni un diagnóstico definitivo. Pide al Comité que ordene al Estado parte que adopte 19 medidas de reparación, entre ellas: adoptar medidas inmediatas para la concesión de los fondos médicos que la autora necesita para consultar a un neurocirujano especialista internacional de su elección; garantizar los fondos necesarios para sufragar en el futuro los gastos periódicos de tratamiento y rehabilitación; lograr una responsabilización por las prácticas negligentes en el ámbito médico; establecer la obligatoriedad de notificar las enfermedades iatrogénicas; velar por que el Estado parte fomente el arte y la ciencia de la investigación clínica y la capacitación en el ámbito de la hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo y las enfermedades raras asociadas; promover la educación y la sensibilización de los profesionales y del público en lo que respecta a la etiología, el tratamiento, el pronóstico y la gestión de los trastornos hidrodinámicos del líquido cefalorraquídeo; promover la educación y la sensibilización de los profesionales y del público en lo que respecta a la etiología, el tratamiento, el pronóstico y la gestión de la aracnoiditis; promover el tratamiento de la fase aguda de la aracnoiditis para controlar el dolor neuropático; velar por que las organizaciones del Servicio Nacional de Salud adopten una actitud neutral y ética en sus procesos de adopción de decisiones; velar por que el Estado parte reforme el Colegio General de Médicos, suprima la autorregulación e implante evaluaciones periódicas de la

competencia de los profesionales de la medicina; velar por que los pacientes reciban información completa antes de dar su consentimiento informado para someterse a tratamientos invasivos de columna, incluida la posibilidad de desarrollar aracnoiditis y una perturbación hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo; y velar por que se examinen la función y la eficacia de los expertos medicolegales del Estado parte que actúan como peritos.

### **La denuncia**

3.1 La autora sostiene que sus derechos en virtud del artículo 5 de la Convención han sido vulnerados por el Estado parte. Afirma que no ha tenido derecho a igual protección de la ley y a beneficiarse de la ley en igualdad de condiciones, y que ha sido objeto de discriminación constante durante siete años. Alega que no se han atendido sus necesidades como persona con discapacidad con múltiples trastornos neurológicos raros y que en sus esfuerzos por obtener tratamiento se ha enfrentado de forma permanente a hostilidad y a obstáculos insuperables. Afirma que las autoridades del Estado parte le han denegado sistemáticamente el acceso a especialistas médicos y que, en consecuencia, ha sido objeto de discriminación. La autora señala además que se le negó la asistencia posoperatoria y un tratamiento médico especializado tras una complicación quirúrgica rara que le causó múltiples trastornos raros, todo lo cual ha tenido como consecuencia que la autora presente complejos síntomas neurológicos que siguen sin tratamiento. La autora también argumenta que es discriminatorio obligarla a solicitar atención médica en el extranjero estando gravemente enferma y careciendo de recursos.

3.2 La autora afirma además que, desde 2007 y como consecuencia de su estado de salud tras la intervención a la que fue sometida, se ha visto privada de una vida y de una participación e inclusión efectivas en la sociedad, en contravención de los derechos que la asisten en virtud del artículo 10 de la Convención.

3.3 La autora alega asimismo que se han violado sus derechos en virtud del artículo 12 de la Convención, ya que el sistema judicial no reconoció los graves motivos de preocupación que había planteado en relación con su demanda por negligencia médica ante el Tribunal del Condado en 2013. Alega que le fue imposible aportar pruebas periciales en apoyo de su reclamación ante el Tribunal por no haberse establecido un diagnóstico definitivo de sus problemas médicos. La autora añade que los informes medicolegales preparados para la vista ante el Tribunal no se basaban en realidades médicas establecidas. En relación con su solicitud de revisión judicial ante el Tribunal Superior de Cardiff, la autora también afirma que este no garantizó la protección de su derecho a ejercer la capacidad jurídica. La autora sostiene que el Tribunal Superior no reconoció que era una persona con discapacidad que había adquirido discapacidades secundarias que habían derivado en múltiples enfermedades raras y que el tratamiento dispensado en Alemania en 2012 era el único tratamiento efectivo disponible. La autora alega además que el Colegio General de Médicos no es una autoridad independiente e imparcial y que no cumple su obligación legal de velar por que se mantenga un nivel adecuado de competencias, prácticas y conocimientos médicos.

3.4 La autora alega que los derechos que la amparan en virtud del artículo 15 de la Convención han sido violados porque, afirma, se ha visto “castigada de forma permanente” por un acto de negligencia médica. Afirma que la intensidad y duración del dolor físico que ha sufrido a raíz de una pérdida masiva de líquido cefalorraquídeo y el desarrollo de un pseudomeningocele la han convertido en víctima de malos tratos y tortura en el ámbito médico. Aduce que estos actos han sido defendidos por las autoridades del Estado parte y equivalen a un trato cruel, inhumano y degradante, y que han causado un deterioro innecesario de su salud y la intensificación de su dolor y su sufrimiento físico.

3.5 La autora también sostiene que sus derechos en virtud del artículo 17 de la Convención han sido vulnerados ya que las autoridades del Estado parte fueron informadas de la gravedad de su sufrimiento posoperatorio y no adoptaron todas las medidas razonables necesarias para proteger su integridad física y mental.

3.6 La autora alega, asimismo, una violación de sus derechos amparados por el artículo 19 de la Convención, afirmando que se le ha privado del derecho a vivir de forma

independiente y en sociedad, ya que su discapacidad ha tenido graves consecuencias para su calidad de vida.

3.7 La autora denuncia además una violación de sus derechos en virtud del artículo 23 de la Convención, señalando que su madre ha tenido que renunciar a su profesión de maestra cualificada para atenderla a tiempo completo. La autora señala que el pago de las consultas privadas en el Estado parte y en el extranjero ha agotado los recursos económicos de la familia y que no les quedan fondos para sufragar el tratamiento médico que la autora aún necesita con urgencia.

3.8 La autora denuncia una violación de sus derechos en virtud del artículo 24 de la Convención porque ha tenido que renunciar a sus estudios de posgrado en la Universidad de Oxford debido a la dolencia que ha padecido como consecuencia de la intervención quirúrgica de 2007 y porque a causa de su discapacidad no ha podido reanudar los estudios.

3.9 La autora alega también que se ha vulnerado su derecho a la atención de la salud en virtud del artículo 25 de la Convención, ya que no ha podido acceder a los servicios de salud especializados necesarios para la pronta detección y tratamiento de su afección posoperatoria. Señala que esto ha dado lugar a la aparición de problemas médicos graves y de trastornos neurológicos raros. La autora afirma que su salud ha empeorado desde 2007 y que el Estado parte no le ha propuesto ningún plan continuado para hacer frente a esta situación y remitirla a especialistas. Sostiene que la comunidad neurocientífica del Estado parte no se ha mantenido al corriente de los avances en la investigación mundial y tampoco ha integrado servicios internacionales en el tratamiento a fin de garantizar un servicio de atención de la salud de alto nivel y de calidad.

3.10 Por último, la autora alega una violación de sus derechos en virtud del artículo 26, por no haber obtenido un diagnóstico definitivo en el Estado parte y, por consiguiente, no haber podido acceder a rehabilitación, y en virtud de los artículos 27 y 30, ya que el deterioro de su salud le ha impedido obtener empleo y disfrutar de la vida cultural.

#### **Observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad**

4.1 El 11 de mayo de 2015 el Estado parte presentó sus observaciones sobre la admisibilidad de la comunicación. Considera que la comunicación debe declararse inadmisibles en virtud del artículo 2 e) del Protocolo Facultativo, por ser manifiestamente infundada, y en virtud del artículo 2 d) del Protocolo Facultativo, por no haberse agotado los recursos internos.

4.2 El Estado parte no niega que la autora padezca una discapacidad en el sentido de la Convención. Sin embargo, señala que la comunicación de la autora se basa en sus afirmaciones de que ha sido objeto de negligencia o de un tratamiento médico inadecuado en el Reino Unido y de una demora indebida en la administración de tratamiento, y en que se le ha denegado financiación para tratamientos en el extranjero. El Estado parte sostiene que la esencia de la comunicación son los desacuerdos entre la autora y los profesionales de la medicina y las autoridades competentes que intervienen en cuanto al hecho de saber si los síntomas de la autora han sido debidamente diagnosticados y se han facilitado las pruebas o tratamientos apropiados. El Estado parte afirma asimismo que la autora no ha establecido una conexión adecuada de los artículos citados con su caso y no ha aportado prueba alguna en su comunicación al Comité que indique que haya sido tratada de modo diferente debido a su discapacidad o que se haya denegado o restringido su acceso a tratamiento médico o a financiación para recibirlo, o a recursos legales, debido a su discapacidad. Por consiguiente, el Estado parte considera que en el fondo de la comunicación no entran en juego los derechos protegidos por la Convención y que, por lo tanto, esta es manifiestamente infundada.

4.3 El Estado parte sostiene que de la comunicación se desprende que la dolencia de la autora es difícil de diagnosticar y tratar, y observa que esta ha consultado a numerosos especialistas y que ha habido un considerable desacuerdo e incertidumbre entre todos ellos en cuanto a la naturaleza del mal que la aqueja. El Estado parte observa además que de la comunicación de la autora resulta claro que el Servicio Nacional de Salud le ha dispensado amplios tratamientos, y que no hay pruebas de que se le haya denegado el acceso a la atención de la salud, sino más bien de que la autora está disconforme con la naturaleza y el

grado del tratamiento ofrecido. El Estado parte alega asimismo que la autora no ha facilitado pruebas que indiquen que ha sufrido alguna forma de discriminación basada en la discapacidad en lo que respecta a su acceso a tratamiento médico. El Estado parte sostiene que no es lo mismo que el Servicio Nacional de Salud no haya podido dar un diagnóstico definitivo o encontrar un tratamiento a satisfacción de la autora que no tener en cuenta o no reconocer su discapacidad o no prestar la consiguiente asistencia médica en pie de igualdad con los demás. El Estado parte observa además que la autora no ha afirmado que no pueda continuar recurriendo a los servicios del Servicio Nacional de Salud, o solicitar financiación por medio de una solicitud de financiación de paciente individual, sino que más bien ha optado por no hacerlo.

4.4 El Estado parte aduce además que la comunicación se refiere a la evaluación de los hechos y las pruebas y que el Comité no tiene competencia para determinar si los exámenes practicados, los diagnósticos establecidos y los tratamientos administrados en el caso de la autora eran apropiados o no, ni para determinar qué tipo de tratamiento podría convenir, especialmente teniendo en cuenta que la comunicación se refiere a una afección que requiere análisis médico especializado.

4.5 El Estado parte también observa que la autora solicita que se le sufragen los gastos de consulta de un especialista mundial de su elección. El Estado parte se remite a la decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en *Sentges c. los Países Bajos*<sup>2</sup> y sostiene que debe tomarse en consideración el justo equilibrio que ha de conseguirse entre los intereses contrapuestos de la persona y de la comunidad en su conjunto. El Estado parte sostiene que, en este contexto, debe tenerse debidamente en cuenta la distribución de los limitados recursos del Estado.

4.6 El Estado parte sostiene además que la autora no ha agotado todos los recursos internos. Observa que la autora solicita financiación para un tratamiento específico en el extranjero después de haber consultado a un especialista en los Estados Unidos de América en 2014. El Estado parte afirma que no parece que la autora haya intentado determinar si en el Reino Unido podía haber conseguido ese tratamiento con cargo al Servicio Nacional de Salud o, de no ser posible, solicitar financiación para obtenerlo en el extranjero. El Estado parte señala que las solicitudes de financiación de pacientes individuales se reservan a casos excepcionales y para sopesar complejas consideraciones a la hora de decidir si se financia un tratamiento que no pueda administrar el Servicio Nacional de Salud. El Estado parte señala, además, que el proceso está sujeto a apelación y revisión judicial.

4.7 El Estado parte también sostiene que si el Comité considerara que las reclamaciones de la autora guardan relación con la discriminación basada en la discapacidad, y no con la atención de salud según se dispensa a todos los ciudadanos del Estado parte, no se habrían agotado los recursos internos, puesto que la autora no ha presentado una demanda en virtud de la Ley de Igualdad de 2010 del Estado parte, que prohíbe específicamente que los órganos del Estado discriminen por motivo de discapacidad, o en virtud de la Ley de Derechos Humanos de 1998.

4.8 El Estado parte señala además que, en lo que respecta a las denuncias de la autora ante el Colegio General de Médicos, esas actuaciones seguían en curso en el momento en que el Estado parte presentó sus observaciones sobre la admisibilidad de la comunicación.

#### **Comentarios de la autora sobre las observaciones del Estado parte**

5.1 El 23 de agosto de 2015 la autora presentó sus comentarios sobre las observaciones del Estado parte. La autora cuestiona la observación del Estado parte de que su comunicación es manifiestamente infundada o no está suficientemente fundamentada. Afirma que ha presentado información fidedigna de que el Estado parte ha vulnerado de forma continuada sus derechos humanos y de acceso a asistencia médica especializada. Refuta el argumento del Estado parte de que su dolencia es difícil de diagnosticar y tratar, ya que sus esfuerzos por obtener un diagnóstico se han visto recompensados cuando ha podido consultar a especialistas fuera del Estado parte. Además, cuestiona la observación del Estado parte de que ha recibido amplio tratamiento en el marco del Servicio Nacional

---

<sup>2</sup> Demanda núm. 27677/02, decisión de inadmisibilidad adoptada el 8 de julio de 2003.

de Salud y señala que, pese a haberse sometido a dos intervenciones quirúrgicas para reparar los daños a las membranas de la médula espinal, no se ha recuperado desde el punto de vista neurológico y su salud ha seguido empeorando. Además, afirma que los especialistas del Estado parte no han entendido los síntomas posoperatorios que presenta en la cabeza y la región cervical superior de la columna y que no se le ofrecieron nuevas pruebas diagnósticas o nuevos tratamientos tras el fracaso de las pruebas diagnósticas habituales y, por lo tanto, ha quedado abandonada y aislada en su dolencia mientras su salud se ha seguido deteriorando.

5.2 En cuanto a la observación del Estado parte de que el cometido del Comité no es sustituir a las autoridades nacionales en la evaluación de los hechos, la autora afirma que pide la asistencia del Comité porque el Estado parte ha violado su derecho a recibir información pertinente sobre sus problemas de salud y le ha denegado reparación y apoyo jurídicos.

5.3 La autora considera que ha agotado todos los recursos internos disponibles. Sostiene que la utilización de una solicitud de financiación de paciente individual no es un recurso efectivo, ya que el correspondiente grupo simplemente determinaría que no se cumplen las condiciones de financiación. Señala que está dispuesta a hacer esa solicitud si se considera necesario para agotar los recursos internos. No obstante, afirma que, aun en el caso improbable de que se aprobase su solicitud, seguiría existiendo una carga financiera indebida para ella y su familia ya que, en la mayoría de los casos, en el marco de este mecanismo no se reembolsan los gastos de viaje y alojamiento. Asimismo, señala que la única vez que ha utilizado con éxito el procedimiento de solicitud de financiación de paciente individual, cuando solicitó financiación para acceder a atención médica privada en Londres, el proceso supuso 14 meses de agobiante burocracia antes de que se aprobara su solicitud y que, por consiguiente, si tuviera que presentar otra solicitud de ese tipo el tiempo de espera para un diagnóstico y tratamiento definitivos se prolongaría aún más, superando un período de tiempo aceptable. La autora afirma que no consultó a proveedores de servicios de atención de la salud del Estado parte después de noviembre de 2014, ya que cuando buscaba activamente asistencia médica especializada, los especialistas que había consultado no habían logrado detectar o diagnosticar su afección posoperatoria ni impedir el empeoramiento y el desarrollo de múltiples afecciones neurológicas raras derivadas de ella. La autora afirma que no presentó una reclamación en virtud de la Ley de Derechos Humanos de 1998 porque, tras solicitar asesoramiento jurídico a un grupo de defensa, el 22 de agosto de 2013 se le informó de que la Ley no amparaba el derecho a recibir tratamiento médico. La autora también señala que el Colegio General de Médicos había llegado a una decisión definitiva el 21 de mayo de 2015 en lo que respecta a sus denuncias contra los especialistas tratantes del Estado parte. El Colegio llegó a la conclusión de que ninguna de las decisiones de los médicos a los que se refería la denuncia de la autora revelaba fallo sustancial alguno.

## **B. Examen de la admisibilidad por parte del Comité**

6.1 Antes de examinar toda reclamación formulada en una comunicación, el Comité debe decidir, de conformidad con el artículo 2 del Protocolo Facultativo y el artículo 65 de su reglamento, si dicha comunicación es o no admisible en virtud del Protocolo Facultativo.

6.2 En cumplimiento de lo exigido en el artículo 2 c) del Protocolo Facultativo, el Comité se ha cerciorado de que el mismo asunto no ha sido examinado por el Comité ni ha sido o está siendo examinado en el marco de otro procedimiento de investigación o arreglo internacionales.

6.3 El Comité toma nota del argumento del Estado parte de que la denuncia debe declararse inadmisibles en virtud del artículo 2 e) del Protocolo Facultativo por ser manifiestamente infundada o no estar suficientemente fundamentada, ya que la autora no ha facilitado prueba alguna que indique que se le ha denegado el acceso a atención de la salud o a vías de reparación jurídica en igualdad de condiciones con los demás. El Comité toma nota también del argumento de la autora de que ha presentado pruebas fidedignas de que el Estado parte ha violado su derecho a acceder a asistencia médica especializada y le ha

negado reparación y apoyo jurídicos. El Comité considera que las alegaciones formuladas por la autora se refieren esencialmente a la evaluación de los hechos y las pruebas, en relación con el reconocimiento médico realizado y el tratamiento recibido en el Estado parte. El Comité señala que no es un órgano de última instancia competente para volver a examinar las constataciones de hecho o la aplicación de la legislación nacional, salvo que pueda demostrarse que el proceso ante los tribunales nacionales ha sido arbitrario o equivalente a una denegación de justicia<sup>3</sup>. En el presente caso, el Comité considera que la autora no ha logrado fundamentar, a efectos de la admisibilidad, que la actuación de las autoridades del Estado parte fuera arbitraria o equivaliera a una denegación de justicia. Por consiguiente, esas reclamaciones son inadmisibles en virtud del artículo 2 del Protocolo Facultativo.

6.4 Habiendo llegado a esta conclusión, el Comité no examinará por separado el motivo de inadmisibilidad alegado por el Estado parte en virtud del artículo 2 d) del Protocolo Facultativo.

### C. Conclusión

7. Por lo tanto, el Comité decide:

- a) Que la comunicación es inadmisibile en virtud del artículo 2 e) del Protocolo Facultativo;
- b) Que la presente decisión se ponga en conocimiento del Estado parte y de la autora de la comunicación.

---

---

<sup>3</sup> Véanse, por ejemplo, las comunicaciones del Comité de Derechos Humanos núm. 541/1993, *Simms c. Jamaica*, decisión de inadmisibilidad adoptada el 3 de abril de 1995, párr. 6.2; núm. 1138/2002, *Arenz y otros c. Alemania*, decisión de inadmisibilidad adoptada el 24 de marzo de 2004, párr. 8.6; núm. 917/2000, *Arutyunyan c. Uzbekistán*, dictamen aprobado el 29 de marzo de 2004, párr. 5.7; y núm. 1528/2006, *Fernández Murcia c. España*, decisión de inadmisibilidad adoptada el 1 de abril de 2008, párr. 4.3.