



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Rey Martínez, Consejero  
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero y  
Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 23 de octubre de 2014, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxx1 y Dña. xxxx2*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

### **I**

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

El día 8 de octubre de 2014 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados del reintegro de gastos médicos por la asistencia recibida en la medicina privada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite en esa misma fecha se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 505/2014, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Velasco Rodríguez.

**Primero.-** El 3 de mayo de 2013 D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx1 y Dña. xxxx2, de 43 y 39 años de edad respectivamente, presenta



una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido al tratamiento de diagnóstico genético preimplantacional y fecundación *in vitro* efectuado en la sanidad privada, por denegación de la asistencia sanitaria en el servicio público de salud.

En su escrito expone que el 26 de julio de 2012, sus representados solicitaron al Hospital hhhh1 de xxx1, a través del Servicio de Ginecología del Hospital hhhh2 de xxx2, la prestación de servicios de asistencia sanitaria consistentes en fecundación *in vitro* y diagnóstico previo genético preimplantacional. El 8 de octubre la Unidad de Reproducción del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital hhhh1 de xxx1 deniega la petición con base en el "diagnóstico de linfocitosis hemofagocítica, que es una enfermedad autosómica recesiva que no se contempla en la cartera de servicios del SACYL para la realización del D.G.P. (Diagnóstico Genético Preimplantacional)".

Ante dicha denegación del servicio público de salud y compelidos por la necesidad de someterse obligatoriamente a las técnicas de reproducción anteriormente citadas a fin de volver a ser padres, los representados del reclamante acuden a la entidad de medicina privada hhhh3 con sede en xxx3, en la que inician el tratamiento.

La reclamación se fundamenta en la denegación de la petición de asistencia sanitaria que sus representados han realizado para volver a tener más hijos, al haber sufrido el fallecimiento prematuro de sus dos únicas hijas menores de edad por la enfermedad genética que se les ha diagnosticado a ellos por lo que la posibilidad de volver a ser padres pasa ineludiblemente por el sometimiento al tratamiento que están desarrollando en el hhhh3. Por ello solicita una indemnización de 14.700,00 euros, que se corresponde con los gastos satisfechos en la clínica privada, sin perjuicio de la suma adicional que pudiera determinarse en su momento como consecuencia de la necesidad de someterse a ulteriores tratamientos, con un coste adicional de 1.990,00 euros por cada punción.

Adjunta copias de la escritura del poder general para pleitos; del informe médico pericial para la valoración de los daños; de la certificación de denegación de asistencia; de los informes médicos de las menores fallecidas; de los informes clínicos y datos de la historia clínica de los reclamantes; del



informe del hhhh3, de la factura del tratamiento de reproducción asistida por importe de 14.700,00 euros, con la advertencia de que si son precisos más tratamientos sería necesario realizar punciones adicionales cuyo coste será de 1.990,00 euros cada una, y del informe del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus familias.

**Segundo.-** Al expediente se han incorporado:

- El informe conjunto del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología y del Coordinador de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital hhhh1 de xxx1, de 28 de mayo de 2013, en el que se ratifican en la denegación realizada en octubre de 2012 del tratamiento de fecundación *in vitro* con diagnóstico genético preimplantacional (DGP), al no estar incluida la linfocitosis emofagocítica en el listado de enfermedades susceptibles de DGP incluidas en la cartera de servicios del Sacyl, por lo que no tienen autorización para realizar dicho tratamiento.

-El informe de la Inspección Médica de 30 de julio de 2013, que concluye: "Por todo lo anteriormente expuesto, y de acuerdo con los informes emitidos por la Unidad de reproducción Asistida del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital hhhh1, la Linfocitosis Hemofagocítica es una enfermedad de herencia autosómica recesiva, y como tal sería susceptible de prevención mediante Diagnóstico Genético Preimplantacional, pero actualmente no está incluida en la Cartera de Servicios de SACYL, por lo que considero que en este caso no ha habido una denegación de asistencia por parte del Servicio de Salud de Castilla y León", adjunta a dicho informe Oficios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria en referencia a estudios genéticos y DGP.

-El informe médico pericial de 12 de noviembre de 2013, cuyas conclusiones coinciden con las del informe de la Inspección Médica.

**Tercero.-** Concedido trámite de audiencia, el 13 de enero de 2014 el reclamante presenta alegaciones en las que se ratifica en lo expuesto en su solicitud inicial y manifiesta que el tratamiento médico que solicitaron, y les ha sido denegado, les resulta imprescindible para poder tener una descendencia biológicamente suya que sea sana. Hace referencia a la Resolución de 1 de agosto de 2012, del Procurador del Común de Castilla y León, en la que se expone: "En fechas recientes han tenido entrada en nuestra Institución diversas



quejas acerca de la negativa de la Consejería de Sanidad para realizar (o sufragar) el llamado Diagnóstico Genético Preimplantacional a determinados castellanos/as leoneses/as aquejados de enfermedades graves que no quieren transmitir a su futura descendencia. La razón argüida por la administración sanitaria es que las dolencias no se encuentran recogidas en el catálogo del Hospital hhhh1 de xxx1. El Procurador del Común ha estudiado la pertinencia de estas limitaciones y ha dictado resolución al efecto. Con lo que resuelve:

»(...).- Que por parte de la Consejería de Sanidad se valore que los criterios de inclusión/exclusión para el acceso a las técnicas de reproducción asistida se incorporen a una norma jurídica de carácter general dotada de los requisitos procedimentales de éstas, incluida su publicación, garantizando así los principios de legalidad, igualdad y seguridad jurídica.

»(...) Que por las razones expuestas y dado lo anterior, se proceda a estimar la pretensión de (...) en orden a la autorización para la realización del Diagnóstico Genético Preimplantacional solicitado”.

Solicitan una indemnización de 16.270,00 euros, que se corresponde con los gastos satisfechos en la clínica privada, sin perjuicio de la suma adicional que pudiera determinarse en su momento como consecuencia de la necesidad de someterse a ulteriores tratamientos, con un coste adicional de 1.990,00 euros por cada punción. Se adjuntan las facturas correspondientes.

**Cuarto.-** El 17 de enero la Inspección Médica emite informe, a la vista de las alegaciones efectuadas, en el que señala “que no estima necesario realizar ninguna consideración al respecto, manteniendo el criterio expuesto en el informe de 30 de julio de 2013”.

**Quinto.-** El 25 de abril se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Sexto.-** El 21 de julio de 2014 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite informe en el que considera que el procedimiento que debería seguirse para el presente caso es el de reintegro de gastos y no el de responsabilidad patrimonial.



En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (3 de mayo de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (25 de abril de 2014). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en los reclamantes los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley



3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se presentó el 3 de mayo de 2013, es decir, antes de transcurrir un año desde que se produjo su asistencia privada, recibida entre el 13 de agosto de 2012 (fecha de la primera factura) y el 27 de junio de 2013 (fecha de su última factura) y los gastos por los que reclama.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.



d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha



sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

**5ª.-** El presente procedimiento suscita la cuestión de distinguir entre los reembolsos de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los casos que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud y los supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración propiamente dichos. Esta distinción surge de los preceptos del Real Decreto 1.030/2006, 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, especialmente de su artículo 4.3, que dispone: "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".

En efecto, la jurisprudencia ha entendido reiteradamente que el citado precepto únicamente faculta para exigir el reintegro de gastos ocasionados por la asistencia sanitaria privada cuando tal asistencia venga exigida por un proceso de urgencia vital inmediata en que no se hayan podido utilizar los servicios públicos oportunamente (supuesto que ha de interpretarse de manera estricta), de modo que se trate de un proceso morboso que entrañe un grave riesgo para la vida o integridad física del beneficiario, que dicho riesgo sea inmediato y extremado y que, precisamente en razón de esa perentoriedad en la asistencia, no pueda demandarse ésta de los servicios públicos por





intensificarse el riesgo con la demora en acudir a estos últimos (Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de diciembre de 1988).

Si se cumplen dichos requisitos, el orden competencial para el reintegro de gastos -en los supuestos de asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud- es el social. Los litigios suscitados en el supuesto de necesidad médica urgente de carácter vital, cualquiera que sea su causa, siguen estando atribuidos a la jurisdicción social, en virtud del artículo 2.b) del Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral (LPL) en cuanto constituyen un supuesto excepcional de extensión o expansión del derecho a la asistencia o protección sanitaria de los asegurados, sobre cuyo alcance debe decidir el orden social de la jurisdicción. Corresponde, en cambio, al orden contencioso- administrativo, en virtud del artículo 2.e) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (LJCA), el conocimiento de los litigios de reintegro o reembolso de gastos sanitarios de medicina privada cuyo título no sea el derecho a la asistencia sanitaria en una urgencia vital en el sentido estricto de la expresión, sino la compensación o indemnización por funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 2003 argumenta que tales mandatos reglamentarios exigen de una interpretación rigurosa que permita armonizar la administración de los medios necesariamente limitados de la Seguridad Social y las necesidades de asistencia en casos extremos no susceptibles de ser solucionados en el seno de la sanidad pública y, en dicho orden de cosas, expresa que del texto de la norma reglamentaria se deduce que son cuatro los requisitos exigidos para que el reintegro de gastos por asistencia sanitaria ajena al sistema público sea procedente. Dos positivos: que se trate de urgencia inmediata y que sea de carácter vital. Y los otros dos, negativos: que no hubiera posibilidad de utilización de los servicios de la sanidad pública y que el caso no constituya una utilización abusiva de la excepción.

Por otra parte, como ya señaló el Consejo de Estado (*a.e.*, Dictámenes 269/2001, de 8 de noviembre de 2001; y 3.122/2004, de 20 de enero de 2005), los supuestos de denegación injustificada de asistencia (así como los errores en el diagnóstico o en el tratamiento), antes encuadrados dentro del régimen de reintegro de gastos, deben ahora tramitarse a través del procedimiento de



responsabilidad patrimonial. En el mismo sentido se ha pronunciado el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Sentencias de 11 de abril, 17 de octubre y 17 de noviembre de 2008, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de Valladolid), que incluye también en estos procedimientos los supuestos de retraso injustificado en prestar la asistencia debida.

A juicio de este Consejo Consultivo, no concurren en el supuesto sometido a dictamen los requisitos de urgencia, inmediatez y carácter vital que podían haber determinado el resarcimiento de la pretensión de los reclamantes.

Al respecto cabe señalar la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de noviembre de 2009 en un supuesto sobre reintegro de gastos en un diagnóstico genético preimplantacional: "Aplicando la doctrina anteriormente consignada el recurso ha de ser rechazado, ya que en el supuesto examinado no concurre la 'urgencia vital', entendida en el amplio sentido interpretado por la Sala en consonancia con el mandato constitucional sobre el derecho de protección a la salud, artículo 43.1 de la Constitución, que no se refiere únicamente al peligro de muerte inminente, sino también a los supuestos de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona. En efecto, la cuestión controvertida, el derecho al reintegro de los gastos ocasionados por la realización de un diagnóstico genético en la sanidad privada, a fin de que, a la vista del mismo, la Sanidad Pública realizara a la beneficiaria el tratamiento de reproducción asistida, no reviste carácter de urgencia vital pues, ni supone peligro de muerte inminente, ni de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona por lo que la sentencia recurrida no vulnera las previsiones contenidas en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995 (aplicable por razones cronológicas). Articulado el recurso sobre la infracción de los artículos 15, 39 y 43 de la Constitución Española, 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero y 4.3 del Real Decreto 1030/06, de 15 de septiembre, siendo los dos últimos preceptos los que desarrollan el mandato Constitucional de protección de la salud, ha de concluirse que la sentencia recurrida no ha infringido ninguno de los preceptos denunciados".

Admitido esto, se considera igualmente que no se ha producido una denegación injustificada de la asistencia sanitaria. El marco normativo en el que se desarrolla la realización del tratamiento de DGP con fecundación *in vitro* viene establecido en el artículo 12 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida que señala:



“1. Los centros debidamente autorizados podrán practicar técnicas de diagnóstico preimplantacional para:

»a) La detección de enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo posnatal con arreglo a los conocimientos científicos actuales, con objeto de llevar a cabo la selección embrionaria de los preembriones no afectos para su transferencia.

»b) La detección de otras alteraciones que puedan comprometer la viabilidad del preembrión.

»La aplicación de las técnicas de diagnóstico preimplantacional en estos casos deberá comunicarse a la autoridad sanitaria correspondiente, que informará de ella a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

»2. La aplicación de técnicas de diagnóstico preimplantacional para cualquiera otra finalidad no comprendida en el apartado anterior, o cuando se pretendan practicar en combinación con la determinación de los antígenos de histocompatibilidad de los preembriones in vitro con fines terapéuticos para terceros, requerirá de la autorización expresa, caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente, previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que deberá evaluar las características clínicas, terapéuticas y sociales de cada caso”.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 8.1 define la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

La definición y concreción de las prestaciones llevada a cabo por el Catálogo y por la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud forman una normativa básica y común que es ejecutada por las Comunidades Autónomas al proveer las prestaciones sanitarias singulares a través de sus servicios de salud. Sobre esta base común las Comunidades Autónomas podrán aprobar una cartera de servicios complementaria, propia y específica para ella que debe incluir cuanto menos, la cartera de servicios comunes del Sistema



Nacional de Salud, que debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. Para ello la Comunidad Autónoma deberá establecer los recursos presupuestarios adicionales necesarios que no estarán incluidos en la financiación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización no incluye específicamente la técnica de DGP entre las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud aunque, tal y como precisa el informe de la Inspección Médica de 30 de julio de 2013, tampoco lo excluye.

El Servicio Público de Salud de Castilla y León ante el progresivo aumento de la demanda de la prestación de DGP decidió, en aplicación de la facultad conferida por el artículo 11 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y con carácter excepcional, autorizar la realización de esta técnica para determinadas enfermedades hereditarias graves, de aparición precoz y no susceptibles de tratamiento curativo postnatal. Esta decisión, junto con las condiciones y la relación de patologías para las que se autoriza la técnica del DGP se comunicó al Hospital hhhh1 de xxx1 el 13 de abril de 2011. La linfocitosis hemofagocítica familiar, de la que son portadores genéticos los interesados, no está incluida en la relación de patologías para las que se autoriza el DGP en el Servicio de Salud de Castilla y León, por ello la denegación del tratamiento realizada en octubre de 2012 por la Unidad de Reproducción del Hospital hhhh1 de xxx1 se ajustó a la regulación de esta prestación realizada conforme a la normativa vigente en el momento de producirse los hechos reclamados, por lo que no puede hablarse de una denegación injustificada de asistencia sanitaria.

En consecuencia, a la vista de los informes médicos emitidos y de la doctrina anteriormente expuesta, cabe considerar que los tratamientos aún no integrados en el catálogo de servicios sanitarios no forman parte de la asistencia sanitaria debida por el sistema público de salud, por lo cual no existe el daño cuyo resarcimiento se pretende.

Todo ello sin negar, obviamente, el legítimo derecho de los pacientes a acudir a la sanidad privada, en cuyo caso las consecuencias económicas de tal



decisión no pueden ser trasladadas, sin más, a la Administración titular del servicio sanitario público.

En este mismo sentido se ha pronunciado el Consejo de Estado (Dictamen 2.850/2003, de 30 de octubre) y este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 36/2013, 57/2013, 121/2014 o 301/2014).

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados del reintegro de gastos médicos por la asistencia recibida en la medicina privada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.