



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda ggggg, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 20 de abril de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, 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 23 de marzo de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de marzo de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 353/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.

Primero.- D. xxxxx, mediante un escrito presentado ante la Gerencia de Área de xxxxx el día 20 de febrero de 2004, reclama el reintegro de los gastos que se le ocasionaron al ser intervenido quirúrgicamente de una lesión de rodilla en una clínica privada. Acompaña a su solicitud diversos documentos acreditativos de los gastos, que ascienden a 3.419,67 euros (médico, hospital y anestesista).



Atribuye la decisión de acudir a la operación citada al manifiesto desinterés del Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh. En el escrito expone que fue operado el 23 de mayo de 2003 de una rotura del ligamento cruzado anterior en la rodilla derecha, practicándosele una ligamentoplastia HTA autológico del mismo. Describe así el motivo de su reclamación:

“A los cuarenta días de la cirugía, empezaron a surgir las primeras complicaciones en forma de ruidos articulares, pérdida de recorrido articular en extensión y dolores bastante intensos. Después de informar al Dr. ggggg sobre estos términos, me comentó que se debía simplemente a una atrofia muscular en la pierna derecha y, que tan pronto como adquiriera masa muscular remitirían los síntomas. A propuesta del Doctor, comencé a realizar ejercicios de musculación en un gimnasio y natación en las piscinas climatizadas.

»Fue pasando el tiempo, y los síntomas con no decrecer aumentaron notablemente; tras la oportuna comunicación al Dr. ggggg en las sucesivas consultas, me realizó unas radiografías y esta vez me diagnosticó osteoporosis en los huesos propios de rodilla, especialmente en la rótula, recetándome unas inyecciones de calcitonina (Elcatonina Cepa, 40 mg). Aparte de esto, añadió también que tenía la pierna «hecha una mierda» y que «esta situación me la había buscado yo por no tomarme en serio la recuperación».

»El tiempo pasó, la situación empeoró y, en la siguiente consulta, debido a mi degradado estado se me volvió a realizar una resonancia magnética, la cual no desveló ninguna lesión relevante que pudiera ser causa de este estado. Después de dicha prueba el Dr. ggggg afirmó, basándose, según él, en sus años de experiencia que «todo era psicológico».

Añade que acudió a una consulta privada, el 9 de enero de 2004, siendo operado el 13 de enero en el Hospital xxxxx de xxxxx, de un problema de adherencias, con palpable éxito.

Finaliza exponiendo que el 16 de febrero se interesó por la consulta traumatólogica con un nuevo médico, casi dos meses después de que se pidiera la misma al Dr. ggggg, contestándole que aún no se había tramitado y que seguramente “se habría traspapelado, omitido, extraviado o simplemente no realizado”.



Segundo.- En el expediente se encuentran, entre otros, documentos de la historia clínica, así como los siguientes informes:

- Informe de los doctores ggggg y zzzzz, del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital hhhhh de 23 de marzo de 2004, en el que se señala:

»Paciente intervenido el día 22.05.03 mediante artroscopia por rotura del ligamento cruzado anterior de rodilla derecha. Se practica ligamentoplastia HTH autóloga, fijándose con tornillos biodegradables.

»Es dado de alta hospitalaria el día 26.05.03, siendo su evolución dentro de la normalidad.

»Es revisado una media de una vez al mes hasta el día 22.12.03.

»El paciente en su evolución postoperatoria cursa con atrofia avanzada de cuádriceps, dolor a los movimientos de flexo-extensión. En la última exploración en el mes de Noviembre por parte del Servicio de Rehabilitación, presenta una flexión de 110º y una extensión de 5º.

»En el mes de Septiembre se procede a estudio por RMN, siéndonos informada de presentar plastia de LCA normofuncionante, tendinitis del tendón rotuliano, edema óseo en el cóndilo externo y metaepifisis de tibial externa.

»Dicha patología, creemos que puede ser susceptible de fisioterapia, no precisando en ningún momento intervención quirúrgica.

»El día 22.12.03, dado que el paciente refiere continuar con las mismas molestias, se le propone cirugía en el Servicio, siendo rechazada por el paciente, facilitándose por dicho motivo la posibilidad de traslado a Servicio de Traumatología de Hospital de Referencia.

»El paciente no acepta la solución de buen grado”.



- Informe del Dr. vvvvv, del Servicio de Rehabilitación del Hospital hhhhh, de 8 de marzo de 2004.

- Informe de la enfermera jefe del Servicio de Atención al Paciente del Hospital hhhhh, de 9 de marzo de 2004, en el que señala:

“Con fecha 16 de Febrero, un familiar de D. xxxxx acudió al Servicio de Atención al Usuario, con el fin de conocer la fecha de Consulta solicitada por el especialista de Traumatología Dr. ggggg, en el mes de Diciembre de 2003, a otro Centro.

»Como es habitual, ante este tipo de solicitudes, se solicitó información al Servicio de Admisión, comunicándonos que no existía propuesta de canalización de dicho paciente.

»No obstante, se solicitó información a la Gerencia de Área y en concreto al departamento de Asistencia Sanitaria, informándonos que no había ninguna Propuesta de Canalización de dicho paciente a otro Centro.

»Finalmente y con el fin de comprobar si por alguna circunstancia pudiera haberse archivado en la Historia Clínica se solicitó la misma y se comprobó que efectivamente no había sido realizada dicha petición. Se comenta con el Dr. ggggg indicando que dicha historia desapareció el mismo día del alta hospitalaria por lo que no pudo ser realizada la Propuesta de Canalización.

»En este sentido fue informado el familiar del paciente por parte de la Auxiliar Administrativo del Servicio de Atención al Usuario, por el que fue atendida”.

Tercero.- El médico inspector, D. ggggg, con fecha 23 de junio de 2004, emite un informe que comienza describiendo los hechos, que se puede resumir del siguiente modo:

El paciente es intervenido el día 22 de mayo de 2003 mediante artroscopia por rotura del ligamento cruzado anterior de rodilla derecha, practicándosele una ligamentoplastia HTH antóloga, fijándose con tornillos biodegradables.



La evolución posintervención cursa con normalidad, con alta hospitalaria el 26 de mayo de 2003.

El Servicio de Traumatología solicita tratamiento de rehabilitación para el paciente el día 26 de mayo de 2003, siendo valorado en consulta el día 4 de junio de 2003.

En la primera exploración se apreciaba: rótula libre, con ligero choque y un BA de 80° en flexión y extensión funcional.

Inicia tratamiento kinesiterápico, siendo valorado el 27 de junio: la estabilidad es buena, no se aprecia choque y el BA es de 110° en flexión y extensión activa de -5°.

Continúa con tratamiento de la especialidad, logrando para el día 8 de agosto una flexión de 110°-120° y la apreciación de flexus discreto.

A partir de dicha fecha comienza a aparecer clínica de dolor en la extensión y a realizar marcha en discreto flexus, y paso antiálgico, con choque rotuliano a la exploración.

En septiembre se suspende por unos días al tratamiento rehabilitador por persistencia del dolor para realizar tratamiento con Neobrufen, hielo, reposo relativo, y magnetoterapia. Para continuar en seguida con cinesiterapia en los umbrales que permite el dolor.

Se conoce el resultado de la RM que informa de edema óseo y tendinitis rotuliana.

La clínica de dolor continúa y la pérdida de movilidad también.

El día 5 de enero de 2004 se miden 15° de flexus y 110° de flexión.

En la consulta de Traumatología, día 22 de diciembre de 2003, dado que el paciente refiere continuar con las mismas molestias, se le propone cirugía en el Servicio que es rechazada por el paciente, se le facilita por el



mismo motivo la posibilidad de traslado a Servicio de Traumatología de hospital de referencia, pero el paciente no acepta la solución de buen grado.

Con carácter privado acude a la consulta del traumatólogo Dr. ppppp de xxxxx el 9 de enero de 2004, y el 13 de enero de 2004 ingresa en el Hospital xxxxx de la misma ciudad, donde es intervenido por el citado doctor en cirugía programada el mismo día por rigidez postquirúrgica de rodilla derecha, practicándosele una artroplastia artroscópica.

El 15 de enero de 2004 es dado de alta hospitalaria.

El 15 de enero de 2004 acude a la Consulta de Rehabilitación del Hospital General hhhhh, después de que le realizaran liberación de adherencias en palo anterior de rodilla derecha, mediante artroscopia. Prosigue tratamiento en el citado Servicio y el día 12 de febrero de 2004 el facultativo rehabilitador informa: Presenta un BA de rodilla derecha de 130° de flexión y extensión completa. No déficit de la estabilidad. Choque negativo. Atrofia topográfica y buen BM.

Le aconseja continuar en domicilio con ejercicios propioceptivos para ser nuevamente valorado en consulta el día 12 de marzo de 2004.

Finaliza el informe con las siguientes conclusiones:

"1°. Su facultativo de Atención Primaria le trata con AINES y rodillera con fecha 22.10.02. Solicita interconsulta al Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh. Es visto en consulta el día 14.11.02, en dicha consulta, según el informe, dice que a finales de agosto de 2002 sufre una torsión de rodilla derecha y nota inestabilidad.

»Exploraciones meniscales negativas. Dolor en hueso poplíteo posterior externo. No derrame articular. Solicita RMN. El resultado de ésta es de rotura de ligamento cruzado anterior de rodilla derecha.

»El día 09.01.03 firma el Consentimiento Informado.



»2º. El 22.05.03 es intervenido mediante artroscopia por rotura del ligamento cruzado anterior de rodilla derecha. Se practica ligamentoplastia HTH autóloga, fijándose con tornillos biodegradables.

»El resultado postintervención cursa con normalidad y dado de alta hospitalaria el día 26.05.03.

»El día 04.06.03 es valorado en consulta del Servicio de Rehabilitación comenzando el tratamiento rehabilitador hasta el mes de septiembre que se suspende el tratamiento por dolor.

»3º. El día 22.12.03 asistió a consulta con el Dr. ggggg, que ante su insistencia le ofreció volver a intervenir para ver lo que tenía en la rodilla. El paciente dice en su escrito que esta «opción a la que era reacio» y la otra opción que le daba era el traslado a otro centro hospitalario. El paciente manifiesta en su escrito «yo debido a que, por un lado no me ofrecía ninguna solución no quirúrgica, y, a su vez no era partidario de la solución mediante cirugía, decidí optar por el traslado».

»Según el informe del Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Dr. mmmmm, y del facultativo que le asistió Dr. ggggg dicen que «el paciente no acepta la solución de buen grado».

»No entiendo como el 16 de febrero de 2004, dos meses después de abandonar el Servicio Público de Salud, acude al Servicio de Atención al Paciente «extrañado por no haber recibido citación para una nueva consulta». El día 09.01.04 acudió ya a la consulta privada del Dr. ppppp y el día 13.01.04 es intervenido quirúrgicamente por artroscopia. Además no aceptó la intervención por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital hhhhh y sí la aceptó en el Hospital xxxxx de xxxxx.

»4º. No se puede considerar abandono o desinterés por el Servicio de Traumatología, ya que el paciente ha sido revisado en Consulta de Traumatología en las siguientes fechas: 04.06.03, 27.06.03, 08.08.03, 08.09.03, 17.09.03, 29.09.03, 21.10.03, 29.10.03, 03.11.03, 26.11.03 y 22.12.03. A partir de esta fecha no volvió a Consulta de Traumatología por acudir a la consulta privada del Dr. ppppp. El día 09.01.04 fue intervenido de artrolisis por artroscopia en el Hospital xxxxx de xxxxx con carácter privado.



»5º. D. xxxxx firma el consentimiento informado el día 09.01.03. En este documento dice que de esta intervención es posible, aunque infrecuente, que se produzcan otras complicaciones, seis en total.

»En el apartado E: Dentro de estas complicaciones está la rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad de la rodilla con posterioridad a la intervención. Complicación que lamentablemente le ocurrió al paciente.

»No es menos cierto que el día 22.12.03 se le ofreció en la Consulta de Traumatología del Hospital hhhhh una nueva intervención que usted no aceptó y acudió a la medicina privada”.

Cuarto.- Figura en el expediente el dictamen médico de los doctores ttttt y qqqqq, especialistas en traumatología, con las siguientes conclusiones:

»1. Su médico de Atención Primaria, orienta perfectamente al paciente hacia traumatología.

»2. El servicio de traumatología actúa correctamente desde el punto de vista de la clínica, exploración y exámenes complementarios para alcanzar el diagnóstico.

»3. La propuesta quirúrgica es correcta.

»4. Se firmó el consentimiento informado que explica todas las posibles complicaciones.

»5. De la intervención se espera conseguir: llegar a un diagnóstico correcto de la lesión, objetivo que se cumplió al ser diagnosticado de rotura de ligamento cruzado anterior y reparar la lesión intra-articular, objetivo que también se cumplió y que en la actualidad es estable la articulación.

»6. El seguimiento postoperatorio en régimen ambulatorio es correcto.

»7. Presenta dos complicaciones tapiocas de este tipo de intervenciones: algodistrofia y pérdida de movilidad.



»La pérdida de movilidad es una complicación que tiene una solución quirúrgica mediante nueva artroscopia explorada con liberación de las adherencias y así se le informa al paciente y no es aceptada.

»8. No existe alteraciones del balance articular y muscular. No hay inestabilidad, la primera cirugía cumplió el objetivo.

»9. La *lex artis* implica, básicamente, el cumplimiento de tres obligaciones: utilizar los medios que conozca la ciencia y estén a disposición del profesional; informar al paciente, o en su caso a los familiares, del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas y sus posibles riesgos y continuar el tratamiento hasta el alta informando de las consecuencias del posible abandono del tratamiento pautado, circunstancias que se han dado en el presente caso” (sic).

Quinto.- El 24 de noviembre de 2004 se otorga el trámite de audiencia al interesado, sin que conste que éste haya formulado alegaciones.

Sí hay un escrito del reclamante, de 21 de septiembre de 2005, en el que reitera su petición y alude a un escrito, de 28 de abril de 2004, del director gerente de Atención Especializada, que aprobaba el reintegro solicitado.

Consta asimismo un escrito de la Gerencia, de 28 de junio de 2004, que atribuye a un error el escrito de 28 de abril de 2004 y añade que se tramita la solicitud como expediente de reclamación patrimonial.

Sexto.- El día 28 de febrero de 2006 el Director General de Administración e Infraestructura firma la propuesta de orden de la Consejería de Sanidad, desestimando la reclamación.

Séptimo.- El 10 de marzo de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite un informe favorable sobre la propuesta de orden.

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.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, 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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

Al respecto, este Consejo entiende justificada la tramitación de la solicitud por el procedimiento señalado, aunque el reclamante utilice el modelo de reintegro de gastos (folio 4 del expediente). Lo cierto es que el caso claramente no tiene encaje en los supuestos de reintegro de gastos por asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, es correcta la tramitación efectuada, a la cual, además, el reclamante no se ha opuesto. Por otro lado, debe añadirse en la resolución que se dicte el correspondiente pie de recurso. Hay que incluir la posibilidad de interponer recurso de reposición conforme a los artículos 116 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y 61.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

3ª.- Concurren en el interesado 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.



El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte, en lo fundamental, el criterio de la propuesta de orden de 28 de febrero de 2006 del Director General de Administración e Infraestructuras, en el sentido de que debe desestimarse la reclamación del interesado.

Tal y como se señala en la propuesta de resolución, para valorar el posible reintegro de gastos que se le han originado mediante el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, es necesario examinar si se ha producido una denegación de asistencia que haya producido en el paciente la necesidad de acudir a la medicina privada para el restablecimiento de su salud.

Del relato de los hechos y de los distintos informes que acompañan al expediente se deduce que, en el presente supuesto, no hay pruebas concluyentes de que hubiera causa justificada –imputable a la Administración– para que el paciente abandonara la atención de la sanidad pública, y decidiera acudir a la privada, sometiéndose a una intervención en la misma, que ciertamente parece exitosa, pero que no demuestra que el tratamiento público recibido hasta entonces fuera incorrecto.

A la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados; es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de



los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una `obligación de medios´, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica".

En ese mismo sentido se han pronunciado otras Sentencias del Tribunal Supremo tales como la de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999, 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002; así como la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

A la luz de este criterio se puede concluir que existe responsabilidad cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario.

Precisamente, actuar con corrección en la actuación médica es el parámetro para determinar si ha existido desatención, inasistencia o un diagnóstico erróneo, razones que motivarían la asistencia a la medicina privada.

En el caso que nos ocupa, no hay prueba suficiente para considerar que hubo desatención o tratamiento erróneo. Los informes de la Inspección Médica y de los doctores tttt y qqqq, no permiten sustentar con seguridad que el paciente fuera atendido de forma incorrecta, o que en su tratamiento se hubiera vulnerado la *lex artis*.

Cabe añadir que no es obstáculo para llegar a las conclusiones anteriores la afirmación del reclamante de que el Dr. ppppp le diagnosticó un claro problema de adherencias y que la intervención debía realizarse lo antes posible, pues aparte de no estar ratificado por dicho médico, tampoco los informes antes citados consideran que haya existido fallo de diagnóstico ni confirman la relativa urgencia de intervenir ante la complicación surgida.



Por otro lado las menciones que realiza el reclamante, relativas a frases del Dr. ggggg que pudieran resultar impropias de un correcto trato, tampoco parecen tener la suficiente consistencia como para concluir que efectivamente hubo desconsideración.

Por último, el hecho de que la petición de traslado a otro centro no tuviera un curso correcto tampoco avala suficientemente una estimación de la solicitud de reintegro, pues el paciente acudió (enero de 2004) en breve tiempo, desde la consulta de 22 de diciembre de 2003, al recurso de la medicina privada, que genera los gastos reclamados; es posteriormente (16 de febrero de 2004) cuando vuelve a interesarse por su petición. No parece, en consecuencia, que ese fallo en la tramitación de la propuesta de canalización influyera sustancialmente en la decisión adoptada por el paciente de acudir a los servicios sanitarios privados.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que no hay base probatoria suficiente para decidir favorablemente sobre la reclamación del interesado.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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