



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y  
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 29 de febrero de 2012, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. 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 31 de enero de 2012 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 Dña. 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 2 de febrero de 2012, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 85/2012, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

**Primero.-** El 10 de noviembre de 2009 Dña. xxxxx, de 34 años de edad y residente en xxxx1, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Consorcio Extremeño de Información al Consumidor dirigida al Hospital de hhhh1 (xxxx2), debido a los daños y perjuicios sufridos a causa de la asistencia sanitaria recibida.



Señala en su escrito que el 13 de agosto de 2009 acude al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxx3 en el que le solicitan una serie de pruebas a realizar en el Servicio de Medicina Interna para una semana después. Cuando acude al referido Hospital le comunican que no es el centro que le corresponde y que tiene que acudir al Hospital de hhhh1 (xxxx2). Acude a su médico de cabecera en xxxx1 y le expide un volante urgente para ingreso hospitalario y para que le realicen dichas pruebas.

Al llegar al hospital de xxxx2 con ese volante la atienden según el protocolo de Urgencias (analítica y rx), pero el médico que le asiste la comunica que las pruebas habían sido instadas en xxxx3, por lo que se le indica que deben ser practicadas en aquel Hospital. En el Hospital de xxxx3 se ponen en contacto con la dirección de xxxx2 y le comunican que acuda otra vez a xxxx2 que ya está todo solucionado. Acude de nuevo a xxxx2, se le practican las mismas pruebas diagnósticas (analítica y rx) y le comunican que no pueden hacer nada más. Acude de nuevo a su médico de Atención Primaria, quien le expide nuevo volante preferente para que la citen en Medicina Interna; es citada para el día 6 de octubre de 2009. Decide acudir por ello a la medicina privada, razón por la que reclama el importe de los gastos ocasionados, que asciende a 1.700 euros.

Adjunta a su escrito copia de la factura relativa a las pruebas médicas practicadas e informe médico de la clínica privada a la que acude con diagnóstico de virosis mixta (mononucleosis por Epstein Barr) y citomegalivirus.

**Segundo.-** De la reclamación presentada y de los informes obrantes en el expediente pueden concretarse los hechos por los que se reclama en los siguientes términos:

- La paciente, de 34 años de edad y residente en xxxx1, acude el 13 de agosto de 2009 al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxx3 por enfermedad común, desde donde se le deriva a Medicina Interna, a la que acude el 20 de agosto. Le solicitan una serie de pruebas diagnósticas que, según manifiesta la reclamante, se le informa que deben ser realizadas en el Hospital de hhhh1, en xxxx2, por ser el que le corresponde.



- El 21 de agosto acude a su médico de Atención Primaria en xxxx1, quien efectúa derivación urgente al Hospital de xxxx2 con el siguiente motivo de consulta: "paciente con s. febril alto así como inestabilidad y pérdida de enfoque en la vista, el cuadro ha sido visto en xxxx3 donde le han solicitado abundantes pruebas sin juicio clínico (J.C.) alguno. La paciente se encuentra mal, con pérdida de peso de 10 kg. y fiebre recurrente. Creo necesario el ingreso para estudio".

- El 24 de agosto acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx2, donde fue atendida por el Dr. dddd1. El juicio diagnóstico es de fiebre de origen desconocido de cuatro semanas de evolución; se recomienda seguimiento por su médico de Atención Primaria y se le indica que debe acudir al Hospital de xxxx3 para la realización de las pruebas complementarias solicitadas. No presenta fiebre y el resultado de las pruebas, con radiología y analítica son normales, incluido perfil de brucelosis y mononucleosis negativos.

- Dos días más tarde, el 26 de agosto, acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital de xxxx2 refiriendo los mismos síntomas. Se le realiza nueva exploración y se le repiten de nuevo las pruebas complementarias, que resultan ser normales. No se objetiva fiebre. Se le pauta control por su MAP para vigilar control de evolución e inicio de estudio si lo considera oportuno y se le derivará a consulta especializada si lo precisara.

- Se cita a la paciente para los días 6 y 20 de octubre en la consulta de Medicina Interna del Complejo Asistencial de xxxx2, citas a las que no acude.

- El 7 de octubre acude a consulta de la medicina privada y se le realizan diferentes pruebas, cuyo importe reclama (1.700 euros).

**Tercero.-** En el expediente constan, además de la historia clínica de la interesada en el Servicio de Salud de Castilla y León, diversos informes de unidades médicas y profesionales, entre los que interesa destacar:

- Informe de 9 de diciembre de 2009 del Facultativo Especialista del Área de Urgencias del Complejo Asistencial de xxxx2, con el siguiente contenido:



“1º- La paciente (...) acudió al Servicio de Urgencias en esa fecha indicando que padecía desde hacía un mes un proceso febril con carácter intermitente que se acompañaba de una serie de síntomas, señalándome, tanto ella como su hija, que estaba siendo vista en la consulta de M. Interna del Hospital de xxxx3 estando pendiente de realización de diferentes pruebas y que el motivo de ser remitida a nuestro hospital era debido a que le habían comunicado en dicho hospital que algunas de las pruebas no se las podían realizar allí y que se las teníamos que realizar en nuestro hospital; pero en ningún momento ni ella ni su familiar señalaron que el motivo era que no podía ser vista en aquel hospital, circunstancia que tampoco señala el médico de Atención Primaria que remitía a la paciente.

»2º- La paciente aporta volantes de peticiones de diferentes pruebas diagnosticas, tanto analíticas como radiológicas, pedidas por médicos de la consulta de M. Interna del Hospital de xxxx3. Ante ello informo a la paciente y a su familiar que varias de esas pruebas no se pueden hacer de forma urgente y que se tendría que citar en la consulta de Medicina Interna de nuestro hospital para que fuese vista y valorada por el especialista correspondiente y, a criterio de éste, se realizarían dichas pruebas ya que la valoración por parte de un servicio de un hospital puede ser diferente a la que se haga en otro hospital.

»3º- Informo a la paciente y a su familiar que voy a realizarla la anamnesis, exploración y petición de pruebas diagnosticas necesarias para valorar su patología y según el resultado de éstas decidir si precisa ingreso por vía de urgencia en nuestro hospital.

»(...).

»5º- A tenor de los resultados de las diferentes pruebas diagnosticas practicadas a la paciente junto con la valoración de la exploración y la anamnesis realizadas decido darla el alta, ya que el resultado de todas ellas era normal así como la exploración y sus constantes tal como consta en el propio informe clínico de alta, por lo que informo a la paciente y a su familiar en ese sentido, información que aceptan y no ponen en entredicho ni ponen en duda en ningún momento.



»6º- Al mismo tiempo que les informo del resultado de las pruebas practicadas y de la situación clínica de la paciente, que le doy el alta con el diagnóstico mencionado en el informe, les señalo que no precisa ingreso por vía urgente y que se debe de citar en la consulta de medicina interna para completar el estudio, recomendándoles que ya que está siendo estudiada por el servicio de medicina interna del hospital de xxxx3 y teniendo en cuenta que le habían pedido determinadas pruebas, que se dirigiera a dicho servicio para completar el estudio, pero que si lo creía conveniente podría citarse en nuestro hospital pero que en ese caso, y ante la pregunta que se me hizo las respondí, que el estudio se iniciaría de nuevo.

»7º- Quiero dejar totalmente aclarado y fuera de toda duda que en ningún momento señalé a la paciente y menos de forma 'tajante' que la realización de las pruebas solo se las podría hacer en xxxx3. Sólo la indiqué que ya que había comenzado el estudio de su patología en aquel hospital que lo completara allí, pero también le indiqué que podría hacerlo en nuestro hospital.

»8º- En fechas posteriores el director médico del hospital (...) me informa que ha hablado con la dirección del Hospital de xxxx3 y que le habían señalado que la paciente no podía ser remitida a dicho centro ya que no entra en el convenio de colaboración suscrito con ese hospital la atención en consulta de medicina interna y que si hasta entonces había sido citada y vista en dicha consulta había sido por un error burocrático, ante lo cual la paciente en caso de volver a nuestro hospital debería ser citada en nuestras consultas externas.

»9º- Es fácil de entender que si hubiera tenido conocimiento de que la paciente no podía ser citada en el Hospital de xxxx3, no le hubiera recomendado que continuara el estudio en aquel centro.

»Quiero resaltar que ni la propia paciente ni su familiar ni el informe del médico de Atención Primaria hacían referencia a esta circunstancia, y que fue en fechas posteriores cuando y a través del director médico se me informa de dicha situación.

»10º A la paciente se le da la opción de citarse en nuestro Hospital, circunstancia que ella reconoce y señala la fecha del día 6 de octubre de 2009 para acudir a consulta externa, pero la paciente no acude a dicha cita.



»11º - No es cierto como señala en una hoja de reclamación presentada en xxxx4 que no tuviera diagnóstico y tratamiento, pues para ello no hay más que fijarse en el informe de alta correspondiente del día 24 de agosto”.

- Informe de la Inspección Médica de 20 de octubre de 2010 en el que se concluye lo siguiente:

»1.- En relación con los hechos referidos en la presente reclamación se concluye que D<sup>a</sup> xxxxx acudió a Urgencias de xxxx3 por una patología, al parecer infecciosa, pero que no ha podido ser valorada con exactitud porque no se ha aportado el informe de alta de Urgencias, ni por la interesada, ni por el facultativo de A. Primaria ni por el propio Hospital de xxxx3, por lo que se desconoce el motivo real por el que acudió a dicho Servicio. Sí se puede afirmar que se realizó una analítica con resultado de normalidad absoluta.

»2.- Es cierto que a la semana siguiente fue vista en Consultas Externas de Medicina Interna de xxxx3 donde tampoco se constatan síntomas clínicos patológicos sobre el estado actual de la paciente, únicamente lo que ella refería desde hacía 4 meses. Tampoco figura en la historia clínica solicitud de pruebas complementarias a las que hace referencia en su reclamación.

»3.- En Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx2 se le atendió en 2 ocasiones, el 24 y 26 de agosto de 2009. En ninguna de ellas, tras el resultado de la anamnesis, exploración y pruebas diagnósticas realizadas, se consideró necesario el ingreso por vía de urgencia en dicho hospital, por lo que se considera adecuada la actuación del facultativo de guardia al recomendar ‘control por su médico de cabecera quien vigilará evolución e iniciará estudio si lo considera oportuno, iniciará tratamiento antibiótico si así lo considerara y derivará a consulta especializada si precisara’.

»4.- A la reclamante se le proporcionó cita en consultas externas de Medicina Interna del Hospital de xxxx2 para el 6-10-09 y no acudió, habilitándole otra nueva cita para el 20-10-09, notificada telefónicamente, a la que tampoco acudió pues estaba siendo estudiada por otro facultativo, de



carácter privado, quien le solicitó pruebas de imagen y analíticas que también resultaron normales”.

**Cuarto.-** Concedido trámite de audiencia a la reclamante, no consta que haya presentado alegaciones.

**Quinto.-** El 30 de noviembre de 2011 el Jefe de Servicio de Inspección formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación formulada.

**Sexto.-** El 30 de diciembre de 2011 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

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 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 (10 de noviembre de 2009) hasta que se formula la propuesta de orden (30 de noviembre de 2011). 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en la reclamante 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.

**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 (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), 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 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 el mismo que se pueda producir.

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, estando, 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.

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, la reclamación se basa en un error por parte del Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx2, al no tratar correctamente a una paciente derivada desde el Hospital de hhhh2 de xxxx3.

El presente expediente 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".

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 la reclamante.

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).

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.

Estas circunstancias no concurren en el presente caso, ya que los informes que obran en el expediente concluyen que la paciente se sometió voluntariamente a la medicina privada, hecho absolutamente respetable, pero que por carecer de los elementos necesarios para ser considerada como de urgencia vital no puede deducir su abono a los servicios sanitarios públicos.

**6ª.-** Encauzada la solicitud de indemnización por la vía de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, ha de examinarse la eventual concurrencia de esta responsabilidad, fundada en la circunstancia de que la asistencia sanitaria prestada por aquella -aunque no se trate de asistencia sanitaria de urgencia vital- haya dado lugar a un funcionamiento de los servicios que ocasione perjuicios que el administrado no tenga obligación de soportar, en concreto en cuanto al retraso en la práctica de las pruebas solicitadas desde el Hospital de xxxx3. De acuerdo con los diferentes informes que obran en el expediente, la paciente acudió los días 13 y 20 de agosto de 2009 al referido hospital en el que, al parecer, se le indica que esas pruebas han de practicarse en su centro de referencia, el Hospital de hhhh1 de xxxx2.



El 21 de agosto de 2011 acude a su médico de Atención Primaria en xxxx1, quien efectúa derivación urgente al Hospital de xxxx2 con el siguiente motivo de consulta: "paciente con s. febril alto así como inestabilidad y pérdida de enfoque en la vista, el cuadro ha sido visto en xxxx3 donde le han solicitado abundantes pruebas sin juicio clínico (J.C.) alguno. La paciente se encuentra mal, con pérdida de peso de 10 kg. y fiebre recurrente. Creo necesario el ingreso para estudio".

El 24 de agosto de 2009 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx2 donde se le explora, con juicio diagnóstico de fiebre de origen desconocido de cuatro semanas de evolución, se recomienda seguimiento por su médico de Atención Primaria y se le indica que debe acudir al Hospital de xxxx3 para la realización de las pruebas complementarias solicitadas. No presenta fiebre y el resultado de las pruebas, con radiología y analítica son normales, incluido perfil de brucelosis y mononucleosis negativos.

La propia Administración reconoce que se produjo un error burocrático entre ambos hospitales, de tal manera que la paciente no podía acudir al Servicio de Medicina Interna de xxxx3 y debía ser atendida en xxxx2.

No obstante, es preciso recordar que la paciente acude poco después -el 26 de agosto de 2009- a Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx2, donde se la explora y atiende de nuevo y no se objetiva fiebre (cuadro por el que acude) y los resultados de las pruebas practicadas son normales. No se deniega la asistencia, sino que se le remite para su seguimiento a su médico de Atención Primaria y se le da cita para el día 6 de octubre de 2009, cita a la que no acude, ni tampoco el día 20 del mismo mes, porque el día 7 de octubre acude a un centro privado.

La reclamante imputa a la Administración sanitaria retraso en la práctica de las pruebas y la consiguiente pérdida de tiempo, de ahí su necesidad de acudir a la medicina privada.

Lo primero que cabe señalar es que ello no avala la pretensión indemnizatoria reclamada, pues una vez subsanado el error, resuelto en pocos días, no se ha acreditado la negativa de la Administración sanitaria a atender a



la paciente, lo que impediría considerar que se esté ante un supuesto de la denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la pérdida de oportunidad.

En definitiva, a la vista de las circunstancias del presente caso, cabe considerar que ha existido una asistencia sanitaria ajustada a los estándares de actuación razonablemente exigibles, sin que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de la Administración el abandono de los servicios públicos sanitarios señalado por la interesada ni, en consecuencia, el daño cuyo resarcimiento se pretende.

Todo ello sin negar, obviamente, el legítimo derecho de todo paciente 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 este Consejo Consultivo (por todos Dictámenes 145/2004, de 31 de marzo y 508/2007, de 28 de junio) y el Consejo de Estado (Dictamen 2.850/2003, de 30 de octubre).

La paciente fue asistida en todo momento en los centros del Sacyl a los que acudió, con realización de las pruebas que se creyeron oportunas por parte del Servicio de Urgencias, que ofrecieron resultados normales; y una vez subsanado el error en cuanto a su centro de referencia, se le cita para acudir al Servicio de Medicina Interna.

El transcurso del citado período de tiempo sin que se practicaran las pruebas instadas por el Hospital de xxxx3 -ajeno al sistema del Sacyl y sometido a sus propios criterios- tendría relevancia en el caso de que dicha demora hubiera determinado una evolución desfavorable de su dolencia; sin embargo, este hecho no ha sido acreditado por la reclamante ya que, tal y como se recoge en la historia clínica y en los informes incorporados al expediente, el resultado de las analíticas, en concreto en cuanto a la mononucleosis, dieron resultado negativo.

A la vista de las actuaciones, no cabe apreciar que existiera una urgencia inmediata y de carácter vital ni una denegación de asistencia. Fue la propia reclamante la que, voluntariamente, por su propia iniciativa y sin esperar una solución de la medicina pública, acudió a un centro médico privado.



Además, ha de tenerse en cuenta que la carga de la prueba corresponde a la reclamante. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios finales cuya indemnización reclama.

### **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 Dña. 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.