

En Logroño, a 5 de octubre de 2012, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

48/12

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, presentada por D. J. A. G. S., por daños y perjuicios que entiende causados por la inadecuada atención en el SERIS de una dolencia cardiaca de la que fue a tratarse, por traslado voluntario, a la sanidad privada y de cuyos gastos pretende ser reintegrado, cuantificándolos en al menos 24.656,22 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito fechado y registrado de entrada el 7 de diciembre de 2011, el citado paciente plantea la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que fundamenta en lo siguiente:

"Que el paciente, durante la madrugada del 27-10-2011, sufre lo que parece una insuficiencia respiratoria aguda. Se avisa a los Servicios Médicos de Calahorra (Ambulatorio); se realiza una visita domiciliaria al paciente, donde lo atiende su Médico de cabecera y se decide, vista la gravedad, trasladarlo al Hospital de Calahorra, por vía de urgencia, en una ambulancia.

Una vez en (el Servicio de) Urgencias del Hospital de Calahorra, se somete a varias pruebas y, después de varias horas de observación, los Médicos encargados deciden un traslado urgente, en UVI-móvil, al Hospital San Pedro de Logroño. De tal forma se traslada al paciente y entra por (el Servicio de) Urgencias al Hospital San Pedro. Pasadas unas horas en (el dicho Servicio de) Urgencias, se traslada al paciente a la UCI. Allí permanecerá los días 28, 29 y 30 de noviembre, durante los cuales, la noche del día 29-11-2011, tuvo una crisis con encharcamiento de pulmón, la cual se pudo abortar.

El día 28, se le hizo un cateterismo, donde se vio claramente la enfermedad coronaria severa de tres vasos. Por eso, cuando, el día 31, se tomó la decisión, por parte de los Facultativos, de abandonar la UCI y trasladar al paciente a planta de Cardiología, es cuando se decide hacer uso del seguro privado que el paciente posee, ya que nos parecía incomprensible e irresponsable la decisión tomada, ante la gravedad existente, la falta de un diagnóstico completo y actuación, en consecuencia, de los Facultativos (era puente de Todos los Santos).

Una vez puestos en contacto con el seguro medico privado (C. U. de N.), nos solicitan un informe del Hospital San Pedro para hacerlo llegar lo antes posible y que recibiera al enfermo el Cardiólogo responsable, en este caso, en Cuidados Intensivos. Tuvimos que gestionar el traslado en UVI móvil desde Logroño a Pamplona de manera particular. Una vez con el informe médico, nos hicieron firmar un alta voluntaria para que nos dejaran trasladar al enfermo desde el Hospital San Pedro.

Una vez en Pamplona, fue ingresado de inmediato en la UCI, donde permaneció diez días consecutivos. Desde la misma tarde del ingreso y hasta el día 11-11-2011, fue sometido sin descanso a toda serie de pruebas cardiológicas, hasta llegar a un diagnóstico completo, desembocando en la decisión de una cirugía de urgencia, la cual se desarrolla el día 11-11-2011. Se interviene quirúrgicamente al paciente, al cual se le realizan 3 de los 4 baypass programados, así como la inserción de un arete en la válvula mitral, además de una cirugía para mitigar las arritmias existentes. Cabe decir que, en la víspera de la operación, el paciente sufrió un paro cardiaco de 7 segundos de duración, por lo cual se decide también para la completa rehabilitación del paciente, que va a ser necesario implantar un marcapasos con desfibrilador automático y resincronizador.

La intervención quirúrgica del día 11-11-2011 se realizó con éxito, con una duración aproximada de 9 horas, estando posteriormente tres días en la UCI y, posteriormente, su traslado a planta. Una vez en planta, el día 24-11-2011, se realiza el implante de un marcapasos con desfibrilador automático. La intervención se realiza sin complicaciones, y (el paciente) es dado de alta el día 26-11-2011 ya que presenta una mejoría clínica satisfactoria.

Interesa sean asumidos por parte de los Servicios Riojanos de Salud, todos los gastos ocasionados al paciente durante la hospitalización y hasta su alta médica. Hay que hacer constar que el seguro privado (del paciente), ya asumió el traslado en ambulancia en UVI móvil desde el Hospital San Pedro de Logroño hasta la C. U. de N. en Pamplona. También es de suma importancia hacer saber a los Servicios Riojanos de Salud que la intervención quirúrgica realizada al paciente el día 11-11-2011, también es asumida y costada por el seguro privado del paciente, así como los 26 días de hospitalización y la cirugía para el implante del desfibrilador, y todo el tratamiento médico.

Por ello (el paciente) cree justo que la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja asuma los gastos referentes a: i) el anillo Carpentier-Edwards Physio II mitral (Semiri): 1.394,10 euros; ii) el desfibrilador Puntua CRT-D: 22.534,20 euros; y iii) los gastos ocasionados a los familiares en concepto de pernoctación por desplazamiento: 727,92 euros.

*Para terminar, añadir que la falta de un diagnóstico completo en el Hospital San Pedro, así como el incomprensible traslado a planta del paciente, la poca urgencia en la realización de pruebas, así como el escaso rigor y profesionalidad, queda patente con el resultado a los pocos días de una intervención quirúrgica catalogada de **muy grave**. Pienso que si (el paciente) hubiese permanecido en los Servicios Riojanos de Salud, su suerte posiblemente hubiera sido distinta".*

Se acompaña al escrito una fotocopia del D.N.I del reclamante, informe médico de la C. U. de N., las tres facturas cuyo importe total reclama, justificante de envío de un correo electrónico del Defensor del Paciente de Madrid al Consejero de Sanidad de La Rioja (*sic*), de fecha 21 de noviembre de 2011, dando cuenta de la reclamación que se había recibido del paciente y escrito de éste autorizando a D. J. M. G. A. a representarle ante los Servicios Riojanos de Salud.

Segundo

Mediante Resolución del Secretario General Técnico, de 19 de enero de 2012, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día anterior, fecha de registro de entrada en la Consejería de Salud y Servicios Sociales, y se nombra Instructora del mismo.

Por carta de fecha 20 de enero, se comunica al interesado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Tercero

Mediante comunicación interna del mismo 20 de enero, la Instructora se dirige a la Dirección-Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en la UCI y en el Servicio de Cardiología al paciente; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; Y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada.

Cuarto

Mediante escrito de 1 de marzo, la Gerencia de Área remite a la Secretaría General Técnica la documentación solicitada, que incluye sendos informes de las Dras. M. C. y S. S. y el historial clínico del reclamante.

Quinto

Con fecha 7 de marzo de 2012, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe.

El informe es emitido el 3 de abril, concluyendo que el paciente, estando ingresado en el Hospital *San Pedro*, decide, libre y voluntariamente, hacer uso de su seguro privado y solicitar el alta voluntaria, trasladándose a la C. U. de N., sin que exista mala praxis como posible causa de su decisión y, por ello, no se aprecia perjuicio alguna en la atención del paciente.

En el cuerpo del informe, el Médico inspector va rebatiendo los argumentos en que el reclamante apoya su pretensión. Entresacamos los siguientes párrafos o incisos de dicho informe:

“Respecto a la falta de un diagnóstico completo,...el diagnóstico establecido era completo y correcto...pendiente, como ya se le explicó, de realizar de forma programada otras pruebas en orden a perfeccionar la eficacia quirúrgica y que, dado el estado del paciente, no suponía riesgo alguno la demora de unos días. Por otro lado, visto el informe médico de la CUN, hay una coincidencia tanto en las pruebas a realizar como en los plazos, ya que transcurren 11 días desde su ingreso hasta que es intervenido. Por tanto las pruebas precisas, estaban programadas y no revestían carácter de urgencia inmediata, dada la situación clínica del paciente.

Respecto al incomprensible traslado a planta de Cardiología desde la UCI, ...el paciente, cuando se decide su traslado a la planta, se encuentra estable, sin dolor torácico, con mejoría manifiesta de su disnea, e hemodinámicamente estable. Todos estos datos son favorecedores para su traslado a planta de Cardiología, espacio físico dotado de medios para atender a los pacientes cardiológicos, donde se sigue controlando su evolución, y, además, sin duda, aporta beneficios psicológicos al paciente, al evitar el lógico aislamiento que supone su permanencia en la UCI.

Respecto a la poca urgencia en la realización de las pruebas...estaban programadas con la urgencia precisa, pero es que, además, como fácilmente puede observarse, también en la CUN fue preciso un tiempo para su realización, ya que, afortunadamente, la evolución del paciente no requería su realización con carácter inmediato....el paciente fue intervenido el día 11 de noviembre, es decir 11 días después de su ingreso en el centro navarro.

Respecto al escaso rigor o profesionalidad del personal del HSP, ...su actuación clínica, ...en todo momento, ...ha sido correcta y profesional y además acertada...No erraron, en modo alguno en el diagnóstico, y estaba programada una actuación correcta para abordar quirúrgicamente la patología cardíaca, si (el paciente) hubiera decidido permanecer en el HSP.

La existencia de un seguro privado, sin duda debió pesar en el decisión libre y voluntaria, del paciente y su familia para decidir el traslado....no existían razones objetivas para que el paciente y su familia manifestaran desconfianza, y de hecho no manifestaron ninguna queja o reclamación...en el tiempo que estuvo ingresado en el HSP.”

Sexto

Mediante escrito de 21 de junio, la Instructora se dirige al reclamante dándole trámite de audiencia y, el siguiente día 2 de julio, se le remite copia de todos los documentos incluidos en el expediente.

Se presentan alegaciones en escrito de 16 de julio, registrado de entrada el siguiente día 19.

Séptimo

Obra a continuación en el expediente un escrito de la Aseguradora del SERIS excluyendo su responsabilidad, por entender que los hechos objeto de la reclamación carecen de cobertura en la póliza suscrita por el Servicio Riojano de Salud.

Octavo

Con fecha 3 de agosto, la Instructora emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el daño alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Noveno

El Secretario General Técnico, el día 9 de agosto, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro, informe que es emitido, el siguiente día 21, en sentido favorable a la precitada Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 24 de agosto de 2012, registrado de entrada en este Consejo el día 3 de septiembre de 2012 el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 4 de septiembre de 2012, registrado de salida el día 5 de septiembre de 2012, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en

nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por el interesado el reintegro de gastos por un total de 24.656,22 euros, nuestro dictamen no tiene carácter preceptivo, sino facultativo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por*

existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

Aun cuando la reclamación se plantea por la vía de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en realidad se trata de una petición de reintegro de gastos médicos; concretamente, de los causados por el tratamiento e intervención llevados a cabo en la C. U. de N., así como los ocasionados a los familiares con motivo de los mismos.

A partir del Real Decreto 63/95, de 20 de enero, se limitó la posibilidad del reintegro de gastos médicos a los supuestos de asistencia urgente inmediata y de carácter vital; el desarrollo reglamentario de los supuestos excepcionales de reintegro se halla en el artículo 4.3 del Real Decreto 1.030/06, de 15 de septiembre, según el cual *“en casos de asistencia sanitaria urgente inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsará 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 partir de esta normativa, quedaban fuera otros supuestos que se tenían en cuenta con anterioridad a esta norma, los de denegación injustificada de asistencia y error de diagnóstico, éste último de creación jurisprudencial, en cuyos supuestos sólo podrá obtenerse el resarcimiento de los gastos ocasionados en la Medicina privada por la vía de la responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento del Servicio público sanitario, posibilidad respecto de la cual la Sentencia de la Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 25 de febrero de 2004, con cita de otras, ha cuidado de advertir que, en ningún caso, es posible que el reintegro de gastos sirva para justificar el ejercicio por el paciente de un derecho de opción entre la asistencia prestada por la sanidad pública o por la sanidad privada.

Es evidente que, en el caso sometido a dictamen, no concurren los requisitos precisos para que pueda ser apreciada la urgencia vital que justificaría la reclamación del reintegro de gastos, requisitos que sintetiza perfectamente, con cita de numerosa jurisprudencia del Tribunal Supremo, la Sentencia de 30 de diciembre de 2005 de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja. Tales requisitos son:

“1.- La existencia de una situación de riesgo. No toda urgencia es de carácter vital, sino únicamente aquella que es más intensa y extremada y que se caracteriza, en los más de los casos, porque en ella está en peligro la vida del afectado. Pero

*también en términos menos graves, se aprecia la urgencia vital ante la concurrencia de un peligro que dificulte la curación definitiva del enfermo o que provoque la pérdida de órganos o miembros fundamentales para el desarrollo normal del vivir, aunque la lesión se halle en una zona periférica del cuerpo. La integridad moral queda así incluida en el término «vital». **Es preciso, por tanto, una situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo.***

2.- Que la situación de riesgo sea objetiva y contrastada.

3.- Que el riesgo sea inesperado, imprevisible, como un accidente o la aparición súbita de un cuadro clínico que requiera de una inmediata atención..

4.- Que exista perentoriedad o premura en la actuación, de suerte que se perjudica la supervivencia del enfermo o se le puede infligir un daño irreparable o de difícil subsanación a su integridad física si ha de estarse a la necesaria demora o a la superación de los naturales inconvenientes que supone el acudir a los Servicios médicos asignados por la Seguridad Social.

5.- La urgencia vital precisa, además, de la situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del enfermo y que exija acción terapéutica inmediata, que no sea posible, extremadamente dificultoso o desaconsejable médicamente, el acudir a los Servicios sanitarios propios de la Seguridad Social”.

No dándose el supuesto de asistencia urgente, inmediata y de carácter vital, sólo cabría acoger la pretensión resarcitoria por la vía de la responsabilidad patrimonial de la Administración, si hubieran concurrido la denegación de asistencia o el error de diagnóstico, al que es equiparable el error de tratamiento, en definitiva, si hubiera existido cualquier tipo de infracción de la *lex artis ad hoc*.

Este Consejo entiende, a la vista del historial médico y de los distintos informes obrantes en el mismo, que no hay indicio alguno de mala praxis. Antes al contrario, desde que el 27 de octubre de 2011, el paciente presenta los primeros síntomas, la atención, diagnóstico y tratamiento dispensados (por la Médica de cabecera, el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de Calahorra, la UCI y el Servicio de Cardiología del del Hospital *San Pedro*), son ágiles, certeros y no merecedores de reproche.

En efecto, la Médica de cabecera, al apreciar una arritmia en fibrilación auricular, dados los antecedentes del paciente, lo remite al Servicio de Urgencias en Calahorra, donde es atendido, explorado y se le realizan las pruebas complementarias adecuadas, con el diagnóstico de síndrome coronario agudo, por lo que, el mismo día 27 de octubre, es

enviado, para estudio y tratamiento, al Hospital *San Pedro*, en el que se decide su ingreso en la UCI.

En este Servicio, al día siguiente, 28 de octubre, se le realiza un cateterismo cardiaco urgente, mostrándose una enfermedad coronaria severa de tres vasos de dominancia derecha. Se decide que no es precisa una intervención inmediata, pero sí la realización de otras pruebas (ecocardiograma y test de isquemia) para mejorar la localización de las lesiones y decidir la mejor actitud terapéutica.

Controlado con la medicación adecuada, en la noche del mismo día 28, un episodio de disnea brusca e hipertensión arterial y estabilizado el paciente, sin disnea y sin dolor torácico, se decide su traslado a la planta de Cardiología, en la que permanece ingresado las siguientes 48 horas.

El 31 de octubre, por decisión propia, acude el reclamante a la C. U. de N., en la que es intervenido quirúrgicamente el 11 de noviembre, siendo dado de alta el siguiente día 26.

Durante su estancia en el Hospital *San Pedro*, al paciente se le realizan dos coronariografías, una el 28 y otra el 31 de octubre, recomendándose en el resultado de la primera “*realizar ecocardiograma y test de isquemia para localización de isquemia y decidir la actitud terapéutica*”.

Consideramos concluyente, a efectos de nuestro dictamen el informe de la Médico Adjunta del Servicio de Cardiología, Dra. S., que obra al folio 37 del expediente, que visita al paciente por primera vez el día 31 de octubre, a las 9:00 horas, explicando al paciente y a la familia el proceso médico vivido hasta entonces en la Unidad de Cuidados Intensivos y el resultado de la coronariografía, así como los siguientes pasos a seguir (ecocardiograma reglado, estudio de anemia y forma de afrontar la revascularización quirúrgica de las arterias coronarias).

El paciente y la familia manifestaron, en ese momento, a la informante que tenía la posibilidad de hacer uso de su seguro privado en la C. U. de N., por lo que se paralizan las nuevas pruebas diagnósticas solicitadas y se ultiman los procesos administrativos habituales (redacción de un informe completo de alta, grabación de un CD con las imágenes de la coronariografía diagnóstica y firma del documento de alta voluntaria), que se llevan a cabo con la mayor celeridad posible.

De lo expuesto, se deduce que no había motivo alguno para desconfiar de la asistencia prestada por la Sanidad pública remitiéndonos, por lo que se refiere a los supuestos fallos que imputa el reclamante (falta de diagnóstico completo, incomprensible traslado desde la UCI a la planta de Cardiología, poca urgencia en la realización de las pruebas y escaso rigor o profesionalidad del personal del Hospital *San Pedro*), al Informe

de Inspección médica que, en lo que aquí interesa, hemos transcrito en el Antecedente Quinto del Asunto, sin que obre en el expediente prueba alguna que desvirtúe sus argumentaciones.

Es claro que, en uso de su derecho de autonomía, el paciente acude a la Medicina privada, en la que, al cabo de once días, tras realizarle las pruebas complementarias, que también habían sido programadas en el Hospital *San Pedro* de Logroño, se le practica la misma intervención quirúrgica probablemente que se hubiera decidido en este último Hospital.

No concurriendo el supuesto de urgencia vital, como ya hemos expuesto, ni existiendo la menor prueba, ni siquiera indicio, de una mala praxis médica o asistencial, hemos de concluir que ni concurren los requisitos del reintegro de gastos médicos ni de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración pública sanitaria.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no existir relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los Servicios públicos sanitarios, totalmente ajustada a la *lex artis*, y el supuesto daño, ni darse los supuestos que justifican el reintegro de gastos médicos.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero