

En Logroño, a 15 de diciembre de 2008, 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, siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

156/08

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial iniciado por D. E. M. M., como consecuencia de la asistencia recibida en el Hospital *San Millán-San Pedro* al no diagnosticarle la enfermedad que padecía: fibromialgia.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 31 de marzo de 2008, tuvo entrada en la Oficina Auxiliar de Registro Salud, del Gobierno de La Rioja, un escrito, recogido en modelo de instancia general, con adjunta exposición de hechos, y diversa documentación. El expositivo de los hechos dice literalmente:

“Que, habiendo sido atendido en varias ocasiones, desde marzo de 2006, por presentar dolores poliarticulares continuados y un agotamiento general no justificado, y no habiéndome dado una solución a mis problemas después de ser visto por varios Especialistas sin diagnóstico alguno (adjunto fotocopia de la queja presentada en Atención al Paciente del Hospital San Pedro, con nº de registro de entrada 10.513), acudo, de forma privada, al Instituto Ferrán de Reumatología, en Barcelona, con los gastos económicos y perjuicios que ello me supone; por lo cual SOLICITA: el resarcimiento de los gastos económicos que la falta de atención del servicio de salud me ha ocasionado. Dichos gastos ascienden a un importe de 693,55 Euros”.

Acompaña, en efecto, copia de escrito de queja presentado en el Servicio de Atención del Paciente, del Hospital *San Pedro*, dando cuenta de diversas asistencias realizadas en distintos Servicios de este Hospital, como consecuencia de dolor continuado en las articulaciones y en la espalda, algunas de ellas con trato humano no adecuado, en su opinión, lo que le ha llevado a buscar solución en una clínica especializada en enfermedades reumatológicas de Barcelona y solicita una cita para el Servicio de

Reumatología, siempre que no sea atendido por el Dr. L. M., a la mayor brevedad posible, para encontrar solución a su problema.

Adjunta copia de justificantes de diversos gastos (transporte, y consultas en el Instituto *Ferrán* de Reumatología de Barcelona; y análisis en la Clínica *Los Manzanos*, de Logroño), así como Informe de la asistencia realizada en el referido Instituto, suscrito, el 11 de marzo de 2008, por el Dr. M. G., con juicio clínico sugestivo de y compatible con fibromialgia.

Segundo

El Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, el 7 de abril de 2008, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución se comunica al representante del interesado el 14 de abril, con indicación de lo establecido en la legislación del procedimiento común.

Tercero

La Instructora del procedimiento, el 10 de abril de 2008, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro* la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes.

El mismo día, se traslada copia de la reclamación a A. G. y C., en cuanto corredor del seguro suscrito por el SERIS con Z. E., C. de S. y R.

El 16 de mayo de 2008, se reitera el requerimiento a la Dirección Gerencia, que es cumplimentado el 20 de junio de 2008 con remisión de sendos informes de los Dres. L. M. y E. I., así como de los documentos relevantes de la historia clínica del reclamante y un documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia.

El Informe del Dr. L. Martín, de 3 de junio de 2008, es del siguiente tenor:

“El día 30 de noviembre de 2007 acudió a mi Consulta el paciente D. E. M. M.; venía remitido por su Médico de Familia con un volante, realizado el día 10 de agosto de 2007. El paciente había sido valorado con anterioridad por la Dr. E., siendo diagnosticado del lumbalgia mecánica crónica. En aquel momento, el estudio realizado descartaba, según mi criterio, otra enfermedad reumatológica.

El paciente, cuando acude a mi Consulta del día 30 de noviembre de 2007, refiere que ha estado en una Clínica privada de Barcelona donde se le ha diagnosticado de fibromialgia y le han pedido que se haga una serie de análisis de determinación de metales pesados, que, según le refiero, no encuentro indicada. De todas las formas, le indico al paciente que, si me trae un informe del Médico que le está valorando en Barcelona, justificando dicha determinación, se le realizará”.

El Informe del Dr. E. I., de 12 de junio e 2008, es del siguiente tenor:

“El citado paciente fue valorado por mí en la Consulta Externa de la Sección de Reumatología los días 25/07/2006 y 15/06/2007, emitiéndose sendos informes clínicos (se adjuntan copias) en los que figura, tanto la historia clínica, como las exploraciones complementarias realizadas; en ninguna de las dos ocasiones se objetivó ninguna patología orgánica del aparato locomotor, consistiendo, en ese momento, el cuadro clínico del paciente en astenia y dolor poliarticular, más compatible con un cuadro de dolor crónico por equivalente depresivo que con una fibromialgia primaria, por lo que se solicitó que se valorase la existencia de un cuadro depresivo primario, como posible causa del cuadro clínico que refería el paciente.

Personalmente no he tenido notificación de esta valoración ni he conocido la evolución clínica del paciente con posterioridad a esta consulta.

Al paciente, se le recomendó tratamiento para dolor crónico (analgésico, más amitriptilina, así como normas habituales de higiene articular), que, según refiere el paciente, no mejoró el cuadro clínico por el que consultaba.

El informe clínico que presenta, fechado en, Barcelona, a 11 de marzo de 2008, refiere la misma situación clínica, por la que fue evaluado con un estudio analítico y gammagráfico de similares características al realizado en esta consulta, añadiéndose, en ese momento, un estudio neuropsicológico, que se informa como normal.

En estas circunstancias y ante un cuadro de dolor crónico, en el que cumple la existencia de 12 puntos gatillo dolorosos de 18, el paciente puede ser catalogado de fibromialgia, lo cual es compatible con todos los informes clínicos realizados anteriormente y no aporta nuevos datos ni se recomiendan terapéuticas distintas a las indicadas por mí en los informes previos”.

Cuarto

La Instructora, mediante escrito de 24 de junio de 2008, solicita a Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones que la Inspección médica emita informe en relación con la reclamación presentada. Dicho informe se cumplimenta el 16 de julio, en el que, tras el relato fáctico pormenorizado, se recogen diversas conclusiones, entre las que figura la siguiente:

“6.- El diagnóstico de fibromialgia es puramente clínico, por lo que no hay pruebas que puedan contribuir a dicho diagnóstico. En muchos casos, el diagnóstico ha de hacerse tras haber descartado otras patologías que pudieran estar causando o contribuyendo al cuadro clínico. Incluso, teniendo en cuenta que la fibromialgia puede ser concurrente con otros cuadros, no parece razonable, en este caso concreto, el atribuir negligencia o impericia a los distintos Doctores que han valorado al paciente, por las siguientes razones:

-En primer lugar, la presentación clínica muestra como síntoma más prominente y persistente el dolor a nivel lumbar. La afirmación de D. E. M. M. en su reclamación de que, ‘habiendo sido atendido en varias ocasiones, desde marzo de 2006, por presentar dolores poliarticulares continuados y un agotamiento general no justificado, y no haberme dado una solución a mis problemas después de ser visto por varios Especialistas sin diagnóstico alguno..., ’ no se ve reflejada en la documentación en el expediente:

D. E. M. M. acude a su Médico de Atención Primaria en 15 ocasiones, entre marzo y diciembre de 2006. El cansancio se menciona entre la sintomatología únicamente en dos

ocasiones, mientras que el dolor lumbar (y, en menor medida, el dolor articular) aparece de forma más constante.

Tampoco es consistente con la documentación aportada la afirmación de que no se le dio al paciente un diagnóstico. Por el contrario, el diagnóstico de Lumbalgia Mecánica Crónica fue refrendado por los Especialistas de los Servicios de Reumatología, Traumatología y Neurología (además de por el personal médico de su Mutua, quien también le trató con rehabilitación). Más adelante, y tras valorar la evolución del cuadro, el Dr. E. consideró también la posibilidad de un cuadro de dolor crónico con equivalente depresivo, solicitando una valoración psiquiátrica.

En cuanto al tratamiento, se desprende de la documentación aportada que el único tratamiento para su dolencia lo ha recibido de los profesionales del SERIS y de su Mutua. El informe del Centro privado que aporta el paciente muestra un plan terapéutico que no consta sino de una serie de recomendaciones generales, la mayoría de las cuales ya se le han ofrecido al paciente con anterioridad.

-En segundo lugar, por la presencia de una alteración a nivel de la columna lumbar objetivable en una prueba por imagen y consistente con la sintomatología más prominente que presenta el paciente.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado al paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario de acuerdo a la lex artis”.

Quinto

La Instructora da trámite de audiencia a la Letrada el 17 de julio de 2008, notificado -tras un intento fallido- el 13 de julio, facilitándosele copia de la documentación obrante en el expediente.

El 18 de agosto de 2008, el interesado presenta un escrito de alegaciones, en el que realiza algunas precisiones a las afirmaciones del Dr. L. M. y da cuenta de la petición cursada al Defensor del Usuario, el 17 de diciembre de 2007, y de su contestación, el 25 de febrero de 2008. Manifiesta que los gastos económicos ocasionados por el diagnóstico de su enfermedad son superiores a los que ha reclamado y no incluye los “gastos anímicos”; y, finalmente, manifiesta que, en ningún momento ha pretendido “acusar de negligencia médica a nadie”; pretende que esta “rara” enfermedad “sea tomada en cuenta por la sociedad, que haya una concienciación y una sensibilización hacia ella...y lo único que pretendemos es recibir un trato humano por parte de las personas que nos rodean: profesionales de la medicina, compañeros de trabajo, familiares, amigos. Necesitamos, en definitiva, saber que no estamos locos, que nuestros dolores y malestar tienen un nombre: fibromialgia”.

Adjunta copia de un fax del Dr. M., del Instituto Ferrán de Reumatología, solicitando se le realice analítica de metales pesados en cabello, para descartar intoxicación crónica por metales; y el escrito de respuesta del Defensor del Usuario, en el que se le tiene por desistido de su petición de 17 de diciembre de 2007, y de otra,

presentada el 10 de enero de 2008, relacionada con la posibilidad de que el SERIS le abonase los gastos realizados en la sanidad privada, y sobre una queja presentada en el Servicio de Atención al Paciente por el tratado de un Reumatólogo, ya que no está conforme con la respuesta recibida. Al no comparecer en la Oficina del Defensor para exponer sus solicitudes, entiende “*que no quiere continuar con su consulta por ello se procede al cierre de la misma*”.

Sexto

La Instructora, el 24 de octubre de 2008, formula Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, dado que no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio Público de Salud y el daño alegado cuya reparación solicita.

Remitida la Propuesta de resolución para informe de los Servicios Jurídicos, éstos informan favorablemente la desestimación el 5 de noviembre de 2008.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 5 de noviembre de 2008, registrado de entrada en este Consejo el 18 de noviembre de 2008, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 19 de noviembre de 2008, registrado de salida el 20 de noviembre de 2008, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad 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 dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 Euros. Al ser la cuantía de la presente reclamación superior a 600 Euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

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 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino

real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2°.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3°.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4°.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado 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 *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

En el presente caso, se trata –según el contenido de la reclamación- de un supuesto de funcionamiento anormal del Servicio de Reumatología del Hospital *San Millán*, al no haber diagnosticado la enfermedad de fibromialgia que padecía, en los términos que han quedado recogidos en los Antecedentes de Hecho.

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, desarrolladas por el Real Decreto 1030/2006, 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, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos.

Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo y por lo general, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y no de resultados, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes. De manera que –como hemos señalado en múltiples dictámenes- siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc* no será posible imputar a la Administración el daño generado por la prestación sanitaria.

Tercero

De la responsabilidad de la Administración en el presente caso

El reclamante pretende, en el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, que la Administración regional le resarza de los gastos (693,55 Euros) que ha realizado para el diagnóstico de la enfermedad padecida (fibromialgia) en una Clínica privada a la que hubo de acudir, tras ser visto por varios Especialistas, sin diagnóstico alguno, en el SERIS.

Sin embargo, no concurre el requisito para el “reintegro de gastos sanitarios”, en sentido estricto, tal como lo regula el art. 5 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en concordancia con el art. 17 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Los gastos de asistencia sanitaria son prestaciones del Sistema Nacional de Salud que éste asume directamente (cuando el paciente es atendido por el sistema) o indirectamente, (cuando el paciente es atendido por Centros privados o en el extranjero) siempre que concorra el supuesto previsto en el art. 5.3 del citado Real Decreto. Según este precepto:

“En los 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 aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”

Cuando concorra este excepcional y exclusivo supuesto de “urgencia vital” tan rigurosamente tipificado (hay que demostrar que no han podido utilizarse los servicios sanitarios públicos), los gastos generados se tramitan, a solicitud del interesado, mediante un procedimiento de “reintegro de gastos sanitarios”, cuya revisión es competencia de la jurisdicción social. En el presente caso, no concurre el supuesto de hecho justificativo de la procedencia del reintegro de gastos, por no serlo de “urgencia vital” en el sentido normativo establecido ni por el procedimiento seguido para solicitarlo.

No obstante, fuera de este supuesto excepcional de “urgencia vital”, todos los supuestos que, antes de la reforma de 1995, entraban dentro del supuesto de “denegación injustificada de asistencia sanitaria” (la jurisprudencia ha equiparado con este supuesto el “error de diagnóstico”, STS, Sala 4ª, de 11 de junio de 1990, que incluye tanto aquellos casos en los que por deficiencias estructurales o de organización se producía demora excesiva en facilitar la asistencia, o casos de graves errores de diagnóstico), ahora sólo pueden instrumentarse como un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración, cuando concurren los requisitos generales que hemos sintetizado en el Fundamento de Derecho Tercero, que, por obvias razones, se limitarán a supuestos de funcionamiento anormal del servicio sanitario (SSAN de 12 de abril y 27 de septiembre de 2000).

En el presente caso, el reclamante considera que estamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial por falta de atención de los servicios de salud, que no le han diagnosticado debidamente la causa de sus padecimientos (fibromialgia), pese a ser atendido en distintas ocasiones por los diferentes Servicios sanitarios, razón por la que ha tenido que acudir a una Clínica privada, con un coste económico superior al que realmente reclama, sin contar con los “gastos anímicos”.

Sin embargo, el informe de la Inspección médica, cuya conclusión núm. 6 hemos transcrito en el Antecedente de Hecho Cuarto, así como el informe del Dr. E. I., reproducido en el Antecedente de Hecho Tercero, descartan que haya habido en el presente caso negligencia o impericia alguna de los distintos Doctores que han valorado al paciente, por las razones que damos por producidas. Adviértase que el propio reclamante, en su escrito de alegaciones de 18 de agosto de 2008, manifiesta que, en ningún momento, “*ha pretendido acusar de negligencia médica a nadie*”. Y si no se objetiva un incumplimiento de la *lex artis*; si la Administración sanitaria, y sus Facultativos han puesto los medios necesarios para el diagnóstico (como queda acreditado por las exploraciones, pruebas analíticas, radiologías, resonancia magnética y gamma-ósea realizadas) y tratamiento de los padecimientos, no cabe imputarle daño alguno al SERIS, y, en definitiva, no cabe imputarle el daño a la Administración.

Y es que, en el curso de la evolución de sus padecimientos, tuvo un diagnóstico compatible con el cuadro clínico existente en cada momento (Lumbalgia Mecánica Crónica, diagnosticada en 2006 y 2007 por el Servicio de Reumatología, compatible con “Discopatía L4-5. Disminución de altura y seña de disco por deshidratación, pequeña hernia protruída paracentral izq. Impronta el saco tecal del manguito radicular L5”, detectada en resonancia magnética realizado en su Mutua de trabajo) y un tratamiento para sus dolores crónicos (analgésicos, relajantes, inductores de sueño, rehabilitación, buenas prácticas físicas), que son parcialmente coincidentes con los indicados para la fibromialgia, enfermedad de etiología desconocida, considerada, desde 1992 por la Organización Mundial de la Salud, de diagnóstico diferenciado y clasificada entre los reumatismos de partes blandas, causa más común de dolor osteomuscular generalizado, si bien –según conocimientos científicos recientes- rebasa las fronteras de los reumatismos de partes blandas y requiere un abordaje multidisciplinario más amplio (según el Documento sobre la Fibromialgia citado), lo que explica la dificultad de su diagnóstico.

No ha existido, en consecuencia, infracción de la *lex artis*, por lo que no cabe imputar el daño (resarcimiento de gastos en clínica privada) al SERIS.

Cuestión distinta es que el contenido del presente procedimiento permita evidenciar la existencia de motivos de “queja” (categoría distinta de la responsabilidad patrimonial), percibidos y manifestados como tales por el reclamante que atribuye al funcionamiento del servicio sanitario, de manera singular, al “trato humano” inadecuado dispensado por alguno de los Facultativos que le han atendido, aspecto objeto de queja formal presentada mediante escrito de 5 de diciembre de 2007 al Servicio de Atención al Paciente, del

Hospital *San Pedro*, cuya respuesta parece no ha satisfecho al reclamante, si bien, de su contenido concreto, no hay constancia alguna en el procedimiento, por ser otro, obviamente, el cauce donde debe resolverse la misma, que merecería, en su caso, la comprobación de los hechos por la Inspección de los Servicios y la adopción, en su caso, de las medidas disciplinarias que procedan. Al “trato humano” se refiere, asimismo, el escrito de alegaciones presentado el 18 de agosto de 2008, si bien con un significado y alcance distinto, en relación con la problemática singular que presenta la aceptación social y médica de la fibromialgia, como enfermedad considerada “rara”, para concienciar y sensibilizar sobre la misma.

El expediente acredita ciertos “desencuentros” del paciente y uno de los Facultativos que le ha atendido, sea en relación con la valoración y diagnóstico de sus padecimientos; con la realización de pruebas específicas (la analítica de metales pesados en cabello, sugerida por la Clínica privada para que se le practicara en el sistema público, que el Facultativo referido condiciona a que el paciente presente un informe justificativo suficiente que, sin embargo, el interesado no aportará por que *“no me emplaza a volver a su consulta para la aportación de la documentación”*, aunque *“no acudo a su consulta debido a la demora temporal que eso supone”* -folio 55-, razones que no parecen suficientemente justificadas, a juicio de este Consejo Consultivo).

El reclamante acudirá, el 17 de diciembre de 2007, al Defensor del Usuario solicitando información sobre la posibilidad de que le hagan en el SERIS el análisis de metales pesados en el cabello, indicándosele que esa analítica debía solicitarla a través de su Mutua de Trabajo; que, el 10 de enero, consultará de nuevo al Defensor para que le informe sobre el reintegro de gastos y sobre una queja presentada en el Servicio de Atención al paciente “por parte de un Reumatólogo” ya que no estaba conforme con la respuesta recibida (luego cabe deducir que sí recibió respuesta de este Servicio). Sin embargo, el Defensor procede al cierre de la consulta al no acudir el reclamante su su Oficina, falta de comparecencia que resulta contradictoria para la satisfacción de sus intereses.

Pero, como puede fácilmente deducirse, estos extremos nada tienen que ver con el contenido y requisitos de una reclamación de responsabilidad patrimonial para el reintegro por el SERIS de los gastos desembolsados en la sanidad privada, que, como hemos razonado, no procede, al no existir un supuesto de urgencia vital ni los requisitos para calificar la asistencia dispensada al Sr. M. M. con un caso de *“denegación injustificada de asistencia sanitaria”* o de *“error de diagnóstico”*, que la jurisprudencia equipara a aquél.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de resarcimiento de gastos interpuesta por D. E. M. M. por no concurrir un supuesto de urgencia vital ni los requisitos para calificar la asistencia dispensada al Sr. M. M. por el SERIS con un supuesto de “*denegación injustificada de asistencia sanitaria*” o de “*error de diagnóstico*”, que la jurisprudencia equipara a aquél.

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