



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 380/2013

(Sección 2ª)

La Laguna, a 5 de noviembre de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.P.S.T., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 392/2013 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito de fecha 3 de septiembre de 2013, la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias solicita de este Consejo, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.B.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), Dictamen preceptivo por el procedimiento ordinario respecto de la Propuesta de Resolución del procedimiento de reclamación de indemnización incoado a instancia de M.P.S.T. (la reclamante), por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada y que concreta en la "lentitud con que ha sido tratada" lo que la llevó a solicitar atención en centro sanitario privado (Clínica U.N.), cuyas facturas, por la asistencia prestada desde el 30 de marzo al 16 de abril de 2008, importan 19.958, 79 euros, que ahora reclama como indemnización.

2. La Propuesta de Resolución culmina un procedimiento en el que, con carácter general, se han cumplido las previsiones de índole legal y reglamentaria que ordenan y regulan tales procedimientos, sin perjuicio de las consideraciones que se harán en relación con alguno de los trámites efectuados de la instrucción, que pudieran tener alguna incidencia en la adecuada tramitación del mismo.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

La reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada para ello, al ser la que presuntamente sufrió el daño [art. 31.1.a) de la Ley 30/19923, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC], en el preceptivo plazo de un año que para la interposición de esta clase de reclamaciones dispone el art. 4.2.2º párrafo del RPAPRP, pues [art. 4.2, 2º párrafo del RPAPRP]. Si tomamos como *dies a quo* el de la negativa, 11 de agosto de 2008, a su petición de traslado a otros centros de referencia, la reclamación, interpuesta el 25 de agosto de 2008, estaría formulada en plazo.

La Secretaría General del Servicio Canario de la Salud es el órgano competente para instruir y proponer la Resolución de este procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del Servicio Canario de la Salud, por la que se delega en éste órgano la citada competencia.

Tras la subsanación y mejora de la solicitud, la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, de conformidad con el art. 6.2 RPAPRP. En las actuaciones consta la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), aunque con importantes matices que seguidamente se verán. Obra en las actuaciones los preceptivos informes de los Servicios de Cirugía Plástica y Neurocirugía (art. 10.1 RPAPRP), pero no el de la Unidad del Dolor, requerido como los anteriores mediante escrito de 26 de octubre de 2011.

Se ha emitido el asimismo preceptivo informe del Servicio Jurídico, de conformidad con la Propuesta, y se han realizado los trámites probatorio, documental (art. 9 RPAPRP) y de audiencia (art. 11 RPAPRP), que la parte utilizó en sendas ocasiones precisando que "su reclamación no se basa en la atención médica recibida, que salvo un par de ocasiones, ha sido exquisita, sino por la deficiente gestión administrativa en cuanto a celeridad y capacidad de información eficaz". Indica en el citado escrito que en el expediente no figura el documento presentado ante la Dirección de Área de Salud de solicitud, visto informe del Dr. R., de "autorización de traslado a la Clínica U.N. para continuar el tratamiento", petición que fue admitida a trámite y autorizada el 19 de noviembre de 2008, documento cuya copia se adjunta.

La resolución del procedimiento es competencia del Director del Servicio Canario de la Salud a tenor de lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de

Ordenación Sanitaria de Canarias, de 26 de julio, en relación con los arts. 142.2 LRJAP-PAC y art. 3.2 RPAPRP.

La presente Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación presentada, se dicta habiendo transcurrido el plazo máximo para su resolución y notificación, aunque la Administración tiene la obligación de resolver expresamente por exigencia del art. 142.1 LRJAP-PAC.

II

1. Antes de entrar a analizar los hechos que han motivado la presentación de la reclamación formulada, hemos de efectuar sendas consideraciones de índole procedimental, que pudieran tener en efecto alguna consecuencia en la adecuación jurídica de la Propuesta formulada.

La primera observación concierne a los preceptivos informes emitidos en este procedimiento. Como se dijo anteriormente, se han emitido en este caso los informes de los Servicios de Cirugía Plástica y Neurocirugía, al ser en efecto Servicios involucrados en el daño causado, de conformidad con el art. 10.1 RPAPRP. Sin embargo, no se ha incorporado el de la Unidad del Dolor, asimismo requerido como los anteriores mediante escrito de 26 de octubre de 2011 y que en este caso parece ser esencial por estar vinculado directamente con el origen de la decisión de la reclamante de interesar la autorización para acudir a otro centro y, finalmente, de acudir al mismo sin la debida autorización, lo que a juicio de la Propuesta de Resolución priva de fundamento su solicitud indemnizatoria.

Es verdad que consta en las actuaciones un previo informe de la citada Unidad, de 16 de enero de 2009, pero no es el que se solicita ni atiende a su razón de emisión, pues se limita a informar que la paciente presentaba coxigodinia.

En este caso, la paciente sufría un persistente cuadro de dolor que no remitía ante tratamiento. Se trataba de un dolor invalidante, "de larga duración", continuado, causante de "impotencia funcional", de origen desconocido o no filiado, con todos los estudios "normales", y de "gran complejidad". En estas condiciones, y agotadas las posibilidades terapéuticas locales, la paciente acude a centro externo privado, cuya asistencia es la que motiva el gasto por el que se reclama.

Pues bien, los mencionados informes emitidos no cumplen la función que la Ley les exige. Deben pronunciarse no sobre la secuencia de tratamiento -que se deduce de la historia- sino de la situación de la paciente, su diagnosis, su respuesta al

tratamiento pautado y, especialmente, si se habían agotado las posibilidades terapéuticas y si desde el punto de vista clínico y no administrativo la asistencia por centro privado externo puede considerarse *en este caso* abusiva y con falta de fundamento.

La Unidad del Dolor debe explicar este proceso. Los demás Servicios deben explicar el agotamiento de las posibilidades terapéuticas, especialmente Neurocirugía y Reumatología, que tampoco ha emitido, este último, el informe preceptivo sobre esta precisa cuestión. Aunque figura informe emitido anteriormente, de 21 de junio de 2007, según el cual se dan por agotadas las posibilidades de tratamiento, al decir que “se ha intentado todo tipo de [tratamientos]”.

La Propuesta de Resolución se limita simplemente a considerar que el recurso a la iniciativa privada fue fruto de la libertad de la reclamante, pero silencia toda consideración sobre las aludidas cuestiones. No quiere con ello decirse que la reclamante poseía un derecho *contra legem*, pero desde luego no es lo mismo una asistencia temeraria y abusiva que una asistencia solicitada por dolor incapacitante tras agotar las posibilidades terapéuticas locales.

Por otra parte, el informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía, de 30 de noviembre de 2011, que se presagia asimismo esencial, se limita a informar sobre la evolución clínica de la paciente, haciendo referencia particularmente al informe de 29 de julio de 2008, del Dr. R., entonces Jefe en funciones del Servicio, que descartaba “actuación neuroquirúrgica en ese momento y *recomienda seguir el tratamiento por parte de la Unidad de Dolor de la Clínica U.P., al haber resultado éste el manejo más efectivo de la paciente hasta ese momento*”, manifestando seguidamente que a partir de ese momento no hay actuaciones documentadas, “motivo por el que no es procedente expresar opiniones adicionales por mi parte”.

Al margen de que tal informe valida la asistencia en centro privado externo, su contenido no es procedente. Debe informar clínicamente sobre la situación de la paciente y el hecho que motiva su reclamación: agotamiento de las posibilidades terapéuticas. Es el Servicio el que informa, no el facultativo concreto.

El trámite informativo, pues, no se ha evacuado correctamente.

2. Indica la reclamante en su escrito de alegaciones que en el expediente visto no figuraba el documento presentado ante la Dirección de Área de Salud de solicitud, visto informe del Dr. R., de “autorización de traslado a la Clínica U.N. para continuar

el tratamiento”, petición que fue admitida a trámite y autorizada el 19 de noviembre de 2008, documento cuya copia se adjunta. La Propuesta, en efecto, señala que la reclamante acudió a la clínica privada sin ser autorizada, en contra de lo legalmente dispuesto y de la Instrucción aprobada para el caso, que limitaba tal posibilidad a requisitos formales y materiales que la reclamante no había cumplido.

Sin embargo, la Propuesta de Resolución no menciona ni atiende la alegación de la parte.

Al margen de que la petición hubiera podido no ser plenamente conforme con las exigencias formales en tal clase de petición, lo cierto es que el 21 de junio de 2007 el Servicio de Reumatología informa que “se ha intentado todo tipo de [tratamientos]”.

El 29 de julio 2008, el Jefe en funciones del Servicio de Neurocirugía señala que el último tratamiento administrado en Pamplona es el que “en principio [ha dado] mejores resultados (...) por lo que es lógico que deberá continuar con dicho tratamiento ya iniciado”.

El 5 de agosto de 2008, la reclamante solicita autorización para continuar tratamiento en la Clínica U.N. El 11 de agosto de 2008 se le indica a la reclamante que los traslados a otros centros de referencia solo pueden llevarse a cabo “por indicación facultativa y el refrendo del Director médico de su hospital”, según la instrucción 1/1998 (el apartado 7.1 indica que las Direcciones de Área podría autorizar tales traslados “en los supuestos en que se acredite fehacientemente que el tratamiento no se encuentra disponible en ningún centro del sistema nacional de salud”).

El 23 de octubre de 2008, el Servicio de Neurocirugía informa que la paciente “debe continuar la terapia en [Pamplona (...)] donde inicia el tratamiento con buenos resultados”.

El 25 de noviembre de 2008, con la firma del Director del Área de Salud y la Jefa del Servicio, interesan la aceptación de la asistencia de la paciente en la Clínica U.N., donde la misma tiene cita para el 14 de diciembre de 2008, debiendo ser facturados los gastos directamente -se dice- “a la Dirección del Área de Salud de Tenerife”.

El informe de 12 de abril de 2009, de Cirugía Plástica, “recomienda continuar tratamiento en Clínica U.N.”.

El 14 de mayo de 2009, la Clínica U.N. comunica nuevo ciclo de tratamiento al paciente, cuyo estado recomienda "viaje acompañada de algún familiar".

Sin embargo, el Servicio de Inspección emite informes, de 13 de enero de 2010 y 24 de abril de 2012, de los que resulta que la paciente deja de acudir a la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Canarias y se desplaza a Barcelona, I.F.R., donde se desconoce el factor desencadenante y la causa orgánica de la sintomatología dolorosa presentada, practicando infiltraciones como tratamiento analgésico, concluyendo que el gasto ocasionado "no tiene relación causal con la actuación sanitaria pública, sino que es consecuencia única y exclusivamente de la voluntad de la reclamante", sin que por la asistencia privada "se haya objetivado ni diagnosticado ni tratamiento definitivo".

El reintegro de gastos, regulado por el R.D. 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, solo está previsto (art. 4.3) en los casos de asistencia "urgente, inmediata y de carácter vital" 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".

Puede que sea en efecto así. No había riesgo vital, es cierto. Pero se niega efectos a los actos clínicos y administrativos anteriores -que no se mencionan ni se les da respuesta en la Propuesta- y se ignora que en este caso el traslado -ciertamente, a centro privado y no del Sistema Nacional de Salud- obedecía a agotamiento de posibilidades terapéuticas, como se desprende de los antedichos informes; además, se niega asimismo el hecho de que el traslado fue autorizado conforme las exigencias formales del citado Real Decreto, por más que no era aplicable.

En todo caso, podría plantearse que la asistencia recibida hasta el 11 de agosto de 2008 -fecha en la que se comunica a la reclamante que no tenía derecho al traslado- carecía de cobertura alguna, pues fue el 5 de agosto de 2008 cuando la reclamante solicitó autorización para continuar tratamiento en la Clínica U.N.; pero sí la tenía a partir del 25 de noviembre de 2008, cuando fue autorizada -por el Director de Área de Salud y la Jefa del Servicio- a ser atendida en la Clínica U.N.

No se puede ocultar que la reclamante cumplió con el procedimiento con posterioridad a la interposición del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado en la fecha 25 de agosto de 2008, pero nada de lo anteriormente dicho ha sido objeto de la Propuesta de Resolución formulada. Puede que la reclamante en

efecto no tenga derecho a traslado, pero la gestión administrativa puede que haya generado una expectativa más que razonable, sobre todo si se parte de los juicios clínicos que aconsejaban la continuidad del tratamiento seguido en la clínica privada.

3. A mayor abundamiento, en el Dictamen 161/2012, de 28 de marzo, este Consejo precisó que:

“(...) para que el reintegro de gastos por asistencia sanitaria al sistema público sea procedente, la asistencia en cuestión debe cumplir cuatro requisitos: dos positivos, que se trate de urgencia inmediata y que sea de carácter vital, y dos negativos, que no hubiera posibilidad de utilización de los servicios de la sanidad pública y que el caso no constituya una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Por urgencia vital se entiende una situación patológica de tal gravedad que, con consecuencia de la misma, esté en riesgo cierto e inminente de vida o la integridad física, si hubiera de estarse a la necesaria demora derivada de acudir a los servicios médicos asignados por la Seguridad Social, y siempre concurriendo la nota de perentoriedad, debida a que la medida terapéutica sea inaplazable en el caso, no se dan notas, según se desprende de los informes obrantes en el expediente.

Por un lado, ciertamente, en cuanto al reintegro de los gastos que se reclaman, la Propuesta coincide en admitir que el reintegro de gastos puede solicitarse por la vía del reintegro de gastos médicos del R.D. 63/1995 por urgencia vital, lo que requeriría tal urgencia vital, entre otras notas señaladas en la Propuesta, habiendo quedado constatado, sin embargo, en los informes obrantes en el expediente, la ausencia de tales requisitos.

Pero también puede reclamarse el reintegro del gasto, como se intenta en este caso, a través del procedimiento de responsabilidad patrimonial, como daño material derivado del funcionamiento de la Administración en el ámbito sanitario. En estos casos, se estimará la pretensión indemnizatoria si la reclamante prueba la concurrencia de los requisitos genéricos de la responsabilidad patrimonial y los específicos de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Ahora bien, si aquel reintegro puede exigirse y analizarse por la vía de la responsabilidad patrimonial, ello sólo podrá fundarse en motivos justificados de denegación de asistencia médica o error de diagnóstico por parte de la Sanidad pública (Sentencia de la Audiencia Nacional de 26 de mayo de 2004 (RJ

2004/183695)), situaciones, en fin, que justifiquen que se acuda por el particular a la sanidad privada, admitiéndose, en estos casos, incluso tras haberse obviado el procedimiento administrativamente previsto para obtener asistencia privada sin coste para el particular.

Y, sobre todo, en cuanto a la intervención realizada en el centro privado, el procedimiento previsto para decidir si el Sistema sanitario público remite a la paciente a los Centros en los que se realiza, sin coste para ella, se basa en la necesidad de la valoración de la indicación de la intervención. (...).

Así pues, dado que la reclamante obvió, con o sin conocimiento de ello, el procedimiento previsto para acudir a la sanidad privada para la realización de una intervención que no era imprescindible y urgente para el tratamiento de su enfermedad (...) en este caso la causa del daño es la propia voluntad de la paciente, su premura, comprensible, probablemente, pero no justificable”.

No parecer ser el presente caso; más bien, es el caso contrario, según resulta de los anteriores informes y hechos. Dicho en otros términos: *la reclamante acudió a un centro privado tras agotar las posibilidades terapéuticas y ser recomendado y autorizado su traslado.*

III

1. Del expediente remitido, resultan los antecedentes que a continuación se exponen. La reclamante alega en su escrito inicial que acudió en “varias ocasiones solicitando atención sanitaria aquejada de un fuerte dolor lumbar irradiado a nalga izquierda que me dificulta el movimiento limitándome a estar la mayor parte del tiempo en reposo”, con el siguiente detalle:

“El 15 abril 2007, acudo en varias ocasiones al Servicio de Urgencias del HUC aquejada de dolor, iniciando tratamiento con AINE y relajante muscular; 25 abril 2007, fuerte crisis de dolor en zona sacra y acudo a Servicio de Urgencias de H.R. donde diagnostican una posible sacroileitis y se recomienda visita a Reumatología; del 30 abril al 9 de mayo de 2007, nuevamente al Servicio de Urgencias del HUC con insoportable dolor en zona “glútea izquierda de unas dos semanas e evolución” con “gran impotencia funcional”. Proceden a ingreso en la Unidad de Reumatología practicándome todo tipo de pruebas diagnósticas y exploraciones sin localizar nada que justifique el cuadro; mayo 2007, acudo a cita concertada en consulta externa de Reumatología del HUC, produciéndome en la espera una crisis de dolor que alivian aplicando bloqueo en nalga izquierda. El 21 de junio de 2007, Reumatología solicita

valoración a Rehabilitación pues “se ha intentado todo tipo de (tratamientos)”. De mayo-julio 2007, se me trata con inyecciones epidurales con corticoides que me refieren leve mejoría. Vista por médico rehabilitador del HUC empiezo con sesiones de rehabilitación que debo suspender por los fuertes dolores que me ocasionan los traslados desencadenando fuertes crisis. Del 13 de agosto de 2007 al 3 de septiembre de 2007, tratada de lumbago. El 24 de septiembre de 2007, acude a Terapia del Dolor, los “estudios son normales”, se practican “inyecciones epidurales obteniendo una mejoría del 70% (...) durante dos meses”. En septiembre 2007, continúo en reposo absoluto sin poder realizar movimientos (...) decidimos familiarmente hacer esfuerzo económico y trasladarnos a Barcelona. En octubre 2007, acudo a Barcelona donde descartan origen reumático y achacan el dolor a una posible “afectación mecánica de la charnela dorso-lumbar con irradiación dolorosa a corte4jno miofascial asociado”, posible consecuencia de irritación de nervios derivada de la intervención de Arnold Chiari tipo I practicada en el año 1992; aunque no se ha podido establecer un “factor desencadenante claro” (8 de octubre de 2007). Debe continuarse “control evolutivo”.

Desesperada emocional y físicamente, me recomiendan tratamiento fisioterapeuta en Vigo donde acudo, “tratamiento fisioterápico con liberación de cóccix, que produce mejoría del cuadro, siendo revisada en los 20 días”. En febrero 2008, acudo a consulta ambulatoria con especialista en Traumatología quién me remite a Neurocirugía urgente; el 25 de febrero de 2008, la paciente da un resultado de “umbral doloroso moderadamente bajío”. En mayo 2008, acudo a consulta privada con el Dr. F. quien tras hacerme varias pruebas tampoco consigue encontrar un origen cierto al dolor. Me remite a consulta con dermatólogo quien descarta una escleroatrofia asociada al cuadro neurológico. Tras una crisis de dolor que duró horas y que no se aliviaba con ninguno de los medicamentos suministrados, familiarmente se decide no esperar respuesta y trasladarme a Pamplona.

En mayo-abril 2008, me traslado al Hospital Universitario de Navarra, practicándoseme todo tipo de pruebas y reconociéndome de todas las especialidades asociadas. Se me controla el dolor con reposo absoluto y bomba PCA de perfusión de morfina asociado a tratamiento ansiolítico con diazepam. En informe de 15 de abril de 2008, indica que no hay evidencia neurofisiológica de neuropatía focal ni difusa en miembro inferior izquierdo ni existen hallazgos electromiográficos que sugieran compromiso radicular a nivel lumbrosacro”. Diagnóstico de “coccigodinia de origen

no afiliado". Regreso a Tenerife, manteniendo contacto telefónico con la Unidad del Dolor periódicamente".

El 5 de agosto de 2008, la reclamante solicita autorización para continuar tratamiento en la Clínica U.N. El 11 de agosto de 2008 se le indica a la paciente que los traslados a otros centro de referencia solo pueden llevarse a cabo "por indicación facultativa y el refrendo del Director médico de su hospital", según la instrucción 1/1998. Su apartado 7.1 indica que las Direcciones de Área podrían autorizar tales traslados "en los supuestos en que se acredite fehacientemente que el tratamiento se encuentra disponible en ningún centro del Sistema Nacional de Salud".

En informe de 23 de octubre de 2008, del Servicio de Neurocirugía, la paciente "debe continuar la terapia en [Pamplona (...)] donde inicia el tratamiento con buenos resultados". El informe del Neurocirujano privado, de 30 de octubre de 2008, señala que "el examen es normal, excepto por área de atrofia dérmica a nivel de sacro, desde donde parece originarse el dolor".

El 25 de noviembre de 2008, con la firma del Director de Área de Salud y la Jefa del Servicio, se solicita la aceptación de la asistencia de la paciente en la Clínica U.N., donde la misma tiene cita para el 14 de diciembre de 2008, debiendo ser facturados los gastos directamente a la Dirección del Área de Salud de Tenerife. En la actualidad, "voy lentamente acusando mejoría". La recomendación es acudir cada seis meses a quirófano ambulatorio para continuar tratamiento de lidocaína e intervenir el próximo mes de septiembre para poner injerto de grasa local en la necrosis sacra. "Durante este periodo, recibo respuesta a mi reclamación, que me remite a una segunda opinión en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria".

El 19 de diciembre de 2008, la paciente es tratada con "perfusión endovenosa de lidocaína", en la citada Clínica.

El 9 de julio de 2009, la reclamante interesa del Servicio de Neurocirugía informe donde conste que el "tratamiento a su patología más adecuado es el que se ha iniciado en la Clínica U.P. (unidad del Dolor)". El 29 de julio 2008, el Jefe en funciones del Servicio de Neurocirujano de zona del HUNSC señala que el último tratamiento administrado en Pamplona es el que "en principio [ha dado] mejores resultados (...) por lo que es lógico que deberá continuar con dicho tratamiento ya iniciado".

El informe, de 16 de enero de 2009, del Servicio de Unidad del Dolor, anterior al que se le solicitara por escrito de 26 de octubre de 2011, indica que la paciente

presenta coxigodinia, practicándose en junio de 2007 tres inyecciones epidurales con corticoides, refiriendo el paciente un alivio del 70% de su cuadro lumbálgico, que reaparece a los tres meses, con infiltración en plexo sacrocoxígeo, no volviendo la paciente para completar tratamiento.

El informe de 12 de abril de 2009, de Cirugía Plástica, "recomienda continuar tratamiento en la Clínica U.N."

El 14 de mayo de 2009, la Clínica U.N. comunica nuevo ciclo de tratamiento al paciente, cuyo estado recomienda que "viaje acompañada de algún familiar".

El Servicio de Inspección emite informes, de 13 de enero de 2010 y 24 de abril de 2012, considerando que la paciente deja de acudir a la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Canarias y se desplaza a Barcelona, I.F., donde se desconoce el factor desencadenante y la causa orgánica de la sintomatología dolorosa presentada, practicando infiltraciones como tratamiento analgésico. Concluye que el gasto ocasionado por asistir a un centro privado "no tiene relación causal con la actuación sanitaria pública, sino que es consecuencia única y exclusivamente de la voluntad de la reclamante", sin que por la asistencia privada "se haya objetivado ni diagnosticado ni tratamiento definitivo".

Por otra parte, considera que el reintegro de gastos, regulado por el R.D. 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 solo está previsto (art. 4.3) en los casos de asistencia "urgente, inmediata y de carácter vital" 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".

El informe de 8 de noviembre de 2011, del Servicio de Cirugía Plástica, da cuenta de las distintas ocasiones en que la paciente fue vista por el Servicio, siendo tratada de "atrofia cutánea", con reintervención a fin de dar relleno a la "zona atrófica sacrocoxígea", siendo la evolución satisfactoria.

El 30 de noviembre de 2011, el Servicio de Neurocirugía informa sobre la evolución clínica de la paciente, particularmente del informe de 29 de julio de 2008, del Dr. R., según el cual descartaba "actuación neuroquirúrgica en ese momento y recomienda seguir el tratamiento por parte de la Unidad de dolor de la clínica universitaria de Pamplona, al haber resultado este el manejo más efectivo de la paciente hasta ese momento", manifestando seguidamente que a partir de se

momento no hay actuaciones documentadas “motivo por el que no es procedente expresar opiniones adicionales por mi parte”.

2. Según la Propuesta de Resolución, cuando de responsabilidad sanitaria se trata, ha de estarse a lo que al respecto se desprende de la *lex artis* del caso, de modo tal que tan sólo en caso de una infracción de ésta cabría imputar a la Administración de la cual dependen los servicios sanitarios la responsabilidad por los perjuicios causados. En otro caso, ha de concluirse que tales perjuicios no son imputables a la Administración, y han de ser soportados por el particular sin que generen, en modo alguno, el derecho a percibir una indemnización.

A la vista de la documentación facilitada por la reclamante y la documentación recabada por el Servicio de Inspección y Prestaciones, resulta que “en septiembre de 2007, por parte de los facultativos de la Unidad del Dolor que le venían tratando, se le propone tratamiento con bomba de morfina como método que permita al paciente autoadministrarse el analgésico prescrito cuando percibe la presencia de dolor, circunstancia que es rechazada por la misma reclamante. Sin embargo, durante su ingreso en la Clínica U.N., entre el 30 de marzo y el 15 de abril de 2008, se aplica dicho tratamiento desde el 1 de abril, esto es, morfina mediante bomba de analgesia controlada por la paciente (PCA).

La reclamante opta por prescindir de los servicios que se le venían prestando en un criterio de libertad de elección, sin que por ello quepa atribuir al servicio sanitario público responsabilidad alguna.

En relación al traslado de pacientes del Servicio Canario de la Salud para su diagnóstico y/o atención en centros sanitarios ajenos a su Área de Salud y/a en otros servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, tras la evaluación objetiva de su necesidad, es desde el Hospital de origen donde se canaliza la propuesta de traslado a la Dirección de Área de Salud correspondiente, órgano competente en autorizar la petición. Una vez autorizado el traslado, se le hace entrega al usuario de la carta de autorización y los bonos de viaje correspondientes. En el presente caso, dicha circunstancia se cumplió con posterioridad a la interposición del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado en la fecha 25 de agosto de 2008.

El reintegro de gastos está regulado en la actualidad por el Real Decreto 1030/2006. El art. 4.3 de dicha norma dice que “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 aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción".

La atención en la Clínica U.N. en abril de 2008 no se trató de un acaecimiento imprevisible, súbito y repentino, circunstancia que excluye las intervenciones programadas, las inclusiones en lista de espera o las actuaciones que tienen lugar en el curso de un proceso que se viene tratando en el Sistema Nacional de Salud.

El derecho a la segunda opinión facultativa es un derecho reconocido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, art. 8, que no se concibe como un derecho absoluto que el ciudadano pueda ejercer indiscriminadamente acudiendo al centro que él decida sin cumplir los procedimientos establecidos.

Por ello, la Propuesta de Resolución considera que no existe circunstancia que permita atribuir al Servicio Canario de la Salud la persistencia del cuadro clínico que presenta la reclamante (coxigodinia crónica); ni la reclamante ha aportado prueba alguna de que la actuación del servicio médico de la Administración haya sido incorrecta, o que no se hayan respetado las exigencias derivadas de la *lex artis*. Ha quedado acreditado que la reclamante decidió acudir a la Clínica U.N. en abril de 2008 libremente, sin haber cumplimentado los procedimientos requeridos para su derivación por cuenta del Servicio Canario de la Salud.

3. Por lo expuesto, y al objeto de determinar si la Propuesta de Resolución analizada es conforme -o no- a Derecho, ha de darse respuesta a las dudas planteadas por la reclamante (informes y audiencia) y no resueltas en la Propuesta (apartados 1 y 2 del Fundamento II).

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones al objeto de proceder en la forma que se expone en el Fundamento III, apartado 3; una vez completado el expediente, y previa audiencia a la interesada, se formulará una nueva Propuesta de Resolución, que se remitirá a este Consejo para su Dictamen preceptivo sobre el fondo.