



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 8 2 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 15 de marzo de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por G.C.C., en nombre y representación de su madre M.C.C.M, por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 62/2017 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarla el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

4. Resulta de aplicación la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en virtud de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

Resulta igualmente aplicable 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

## II

1. La reclamante manifiesta que su madre durante el mes de junio de 2010, cuando contaba con 64 años de edad, teniendo como antecedentes médicos hipertensión y comisurotomía mitral practicada en 1974, comenzó a padecer disnea ante el menor esfuerzo físico realizado, por lo que tras los diversos estudios diagnósticos que se le realizaron en el Centro de Salud de los Llanos de Aridane y luego en el Hospital General de La Palma, fue derivada por decisión del SCS al Centro (...) en Tenerife, donde se le practicó el día 13 de junio de 2010 intervención quirúrgica de sustitución valvular mitral con implantación de prótesis mecánica. Después de una adecuada evolución fue dada de alta el día 10 de mayo de 2011.

2. En los meses posteriores presentó de forma frecuente dolores y molestias gástricas de cierta importancia por lo que fue ingresada en el Hospital General de La Palma el día 17 de junio de 2011 con el diagnóstico de colecistopancreatitis.

Durante este ingreso se le comunicó a la afectada y a sus familiares que era necesario realizarle una endoscopia diagnóstica (CPRE), pero no se llegó a efectuar. Desde el inicio del ingreso en el Hospital los doctores decidieron retirarles el anticoagulante oral (sintrom) que tomaba a diario para paliar sus problemas

circulatorios, sustituyéndolo por bemparina (hibor) administrada por vía subcutánea. Posteriormente, al darle el alta hospitalaria los doctores le prescribieron *hibor sine die*, según afirma la reclamante.

3. En los meses siguientes la afectada continuó padeciendo similares dolores gástricos a los ya descritos sin que se le efectuara la endoscopia diagnóstica necesaria para diagnosticar y tratar convenientemente su dolencia. Después de sufrir un empeoramiento fue ingresada nuevamente en el Hospital General el día 15 de octubre de 2011 y tras ocho días sin tomar *sintrom*, solo administrándosele bemparina, en el momento en el que se preparaba para endoscopia sufrió un grave infarto isquémico.

En relación con ello, la reclamante especifica que en el informe de alta del Servicio de Neurología se hizo constar que la afectada se hallaba en el momento de la isquemia bajo infradosificación de *sintrom*.

4. Tras el infarto isquémico fue tratada por el Servicio de Neurología del Hospital General y se le dio el alta médica el día 19 de diciembre de 2011. Además, siguió por prescripción médica tratamiento de rehabilitación, que finalizó el día 17 de marzo de 2012.

5. Posteriormente, tras tramitarse el correspondiente procedimiento administrativo y teniendo en cuenta que el diagnóstico definitivo de la afectada fue el de hemiplejía braquial derecha y hemiparesia crural derecha secundaria a ACVA isquémico, se le reconoció por Resolución de la Directora General de Políticas Sociales del Gobierno de Canarias, de 4 de junio de 2012, que le fue notificada el 10 de septiembre de 2012, una grado de limitación en la actividad del 88%.

6. Con posterioridad a la producción del referido infarto isquémico la afectada continuó sufriendo los problemas de colecistopancreatitis mencionados y sin que por parte de los servicios sanitarios dependientes del SCS se le efectuara la necesaria prueba endoscópica, la reclamante decidió que su madre fuera tratada de dichos padecimientos en el ámbito de la medicina privada (...).

Por ello, el día 3 de julio de 2013 fue ingresada en (...) para que se le practicara una colecistectomía laparoscópica, la cual se efectuó sin problema alguno, y se le dio el alta médica, tras evolución favorable el día 7 de julio de 2013, ascendido los gastos generados por ello a 7.486,09 euros.

7. La reclamante considera, que a causa de un importante descontrol en la administración de los anticoagulantes por parte de los doctores del SCS, el cual se causó no sólo por la sustitución del *sintróm* por el *hibor* durante sus estancias hospitalarias, sino también por la administración *sine die* del *hibor* tras el alta médica dispensada después del ingreso hospitalario de 17 de junio de 2011, lo cual se llevó a cabo sin tener en cuenta los antecedentes médicos de su madre, que indicaban el mantenimiento del *sintróm* para evitar un alto riesgo de tromboembolismo, la afectada sufrió el infarto isquémico mencionado, con las consecuencias expuestas. Por tanto, ello implica mala praxis médica de los servicios sanitarios dependientes del SCS.

Además, la reclamante entiende que su madre acudió a la medicina privada cuando no se le dispensó a la misma el tratamiento médico-quirúrgico debido y necesario para tratar su colescistopancreatitis sin causa alguna que lo justificara.

Por lo tanto, se reclama una indemnización que comprenda no sólo los 7.486,09 euros referidos, sino la lesión, días de baja y secuelas derivadas del infarto isquémico sufrido.

### III

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación, que se efectuó el día 10 de septiembre de 2013 en la Oficina de Correos de Los Llanos de Aridane [art. 38.4.c) LRJAP-PAC] y con entrada en el Registro General del Área de Salud de La Palma el 16 de septiembre de 2013.

Posteriormente, el día 5 de diciembre de 2013, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

El procedimiento cuenta con los informes del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), de los Servicios de Neurología, Cardiología, Medicina Interna, Cirugía General y Digestiva, Rehabilitación y Urgencias del Hospital General de la Palma, que son tenidos en cuenta en la Propuesta de Resolución.

Además, se acordó la apertura del periodo probatorio, presentándose informe médico pericial y se le otorgó el trámite de vista y audiencia a la reclamante; pero con posterioridad al mismo se emitió un informe complementario por parte del SIP relativo a la prescripción del primero de los motivos en los que se fundamenta la reclamación de responsabilidad patrimonial, el referido al infarto isquémico y la

medicación anticoagulante prescrita por los doctores del SCS, otorgándosele nuevamente el trámite de vista y audiencia la reclamante, la cual presentó un escrito de alegaciones relativo a tal cuestión.

2. El día 23 de diciembre de 2016 se emitió una primera Propuesta de Resolución, acompañada del borrador de la Resolución y del informe de la Asesoría Jurídica Departamental y el 7 de febrero de 2017 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva, vencido el plazo resolutorio años atrás sin justificación para ello; pero esta demora no obsta para resolver expresamente, existiendo deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los legales o económicos que pudiera comportar de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 42.1 y 7; 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC.

## IV

1. En lo que se refiere a la concurrencia de los requisitos legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución (arts. 139 y ss. LRJAP-PAC), procede afirmar que se cumple con ellos, a excepción de la no extemporaneidad de aquella parte de la reclamación que se refiere a la cuestión relativa al infarto isquémico, por los motivos que se expondrán a continuación.

2. En relación con esta cuestión se ha de tener en cuenta la doctrina mantenida por este Consejo Consultivo relativa la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, muestra de la cual es el reciente Dictamen 42/2017, de 8 de febrero, en el que se decía lo siguiente:

«Al respecto es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

“(…) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la “actio nata” recogido en el artículo 1969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse. En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la

responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible. Por lo tanto el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo” (STS de 14 de febrero de 2006)”.

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la *actio nata*, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta coyuntura solo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción».

Esta doctrina es aplicable a este supuesto, en primer lugar, porque la reclamación se presentó más de un año después de que se produjera el infarto isquémico y la consiguiente lesión y de que se le diera el alta médica del Servicio de Neurología (página 32 del expediente).

En segundo lugar, consta en el informe complementario de 9 de diciembre de 2011, emitido por este Servicio y que acompaña al informe de alta médica, que desde esa fecha no se han producido cambios neurológicos en la afectada (página 33 del expediente), lo que supone la plena estabilización de su lesión y también la definitiva determinación de sus secuelas neurológicas, trascurriendo al presentar la reclamación más de un año desde dicha fecha.

Por tanto, en aplicación de la doctrina expuesta cabe manifestar que se presentó de modo extemporáneo, estando prescrito su derecho a reclamar en relación con la cuestión ya especificada.

3. Sin embargo, mediante escrito presentado el 14 de agosto de 2015 (página 1054 y ss del expediente), el representante legal de la interesada alegó que la reclamación de la interesada se presentó dentro de plazo, porque ello se hizo dentro del año posterior a que se le hubiera notificado la Resolución de la Directora General de Políticas Sociales del Gobierno de Canarias, en la que se estableció la limitación definitiva a la actividad de la reclamante (página 67 del expediente), lo que tuvo lugar el 10 de septiembre de 2012.

Pues bien, en relación con ello es preciso recordar lo que ha señalado al respecto este Consejo Consultivo siguiendo el criterio jurisprudencial del Tribunal Supremo, tal y como se hace en el Dictamen 336/2016, de 10 de octubre:

«Asimismo, en relación al reconocimiento de la IPT del interesado, ha de señalarse, como ha aclarado el Tribunal Supremo en su citada Sentencia de 8 de octubre de 2012, “tampoco cabe otorgar eficacia interruptiva o invalidante del periodo transcurrido el hecho de que organismos públicos administrativos reconozcan coeficientes de incapacidad salvo que en las resoluciones se recojan por primera vez los efectos del quebranto. Así lo hemos dicho en la Sentencia de 13 de marzo de 2012, rec. casación 6289/2010, al analizar los efectos de las declaraciones de incapacidad permanente y aplicar la doctrina de la “actio nata”.

En este mismo sentido, la STS de 11 de junio de 2012 señala, en relación con la imposibilidad de que el plazo de la acción quede indefinidamente abierto en supuestos enfermedades crónicas -cuyo *dies a quo* viene dado, según ésta, por el diagnóstico de la enfermedad- sin que tal conclusión se altere “ni siquiera al albur de que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida o modificado su grado a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo previamente determinado, e insusceptible de reabrir la reclamación por la secuela definitivamente determinada en el momento anterior, aun cuando pueda estar necesitando de seguimiento, tratamiento o revisiones periódicas realizadas con posterioridad”».

Esta doctrina resulta ser del todo aplicable a este supuesto, puesto que queda claro que esta Resolución no ha sido la determinante, por primera vez, de las consecuencias de la lesión de la interesada, pues en virtud del informe de alta del Servicio Neurología del Hospital General, al que ya se ha hecho referencia, había quedado acreditado mucho antes de que se dictara dicha Resolución que la lesión estaba estabilizada y sus secuelas perfectamente determinadas.

4. Así mismo, el daño de la interesada es de carácter permanente y no puede ser considerado como continuado, pues su lesión y secuelas quedaron estabilizadas en un momento concreto y determinado, el cual ya se ha indicado de forma precisa con anterioridad.

Así, al respecto se ha manifestado por este Consejo Consultivo en el ya mencionado Dictamen 42/2017, que:

«A estos efectos, la jurisprudencia ha venido distinguiendo entre daños permanentes y daños continuados. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de octubre de 2012, con cita de numerosos pronunciamientos anteriores, por daños permanentes debe entenderse aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el resultado lesivo. Se trata de daños que pueden ser evaluados económicamente desde el momento de su producción y por eso el día inicial del cómputo es el siguiente a aquél en que el daño se produjo. En cambio, los daños

continuados, conforme a la citada jurisprudencia, son aquellos que, porque se producen día a día, de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad, es necesario dejar pasar un periodo de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo. Por ello, para este tipo de daños, el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos, o, como dice el art. 145.2 de la Ley 30/1992, para los daños físicos o psíquicos inferidos a las personas físicas, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (SSTS de 12 de septiembre de 2012 y 2 de abril de 2013, entre otras muchas).

Asimismo, en la Sentencia de 24 de febrero de 2009, ha reiterado el Tribunal Supremo que en “supuestos como el presente, debido a la gravedad de las secuelas o lesiones permanentes, el perjudicado necesita de un tratamiento continuado después de la determinación del alcance de las lesiones, pero ello no significa que las secuelas no estén consolidadas, es decir, que no se conozca el alcance del resultado lesivo producido, momento en el que se inicie el cómputo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, conforme al tenor del artículo 142.5 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. De no ser así, la acción de indemnización se podría ejercitar de manera indefinida, lo que es contrario al precepto legal mencionado y al principio de seguridad jurídica proclamado en el artículo 9.3 de la Constitución Española (...)”».

Doctrina esta que es de aplicación igualmente al presente supuesto por los motivos ya señalados.

5. Por último, la reclamante manifiesta que presentó dos reclamaciones ante el Área de Salud de La Palma el 17 de agosto de 2011 y el 9 de diciembre de 2011 respectivamente; pero las mismas no pueden ser consideradas en modo alguno como reclamaciones de responsabilidad patrimonial. En la primera de ellas lo que únicamente se solicita es que se le realice sin más dilación una CPRE y en la segunda, tras exponer los hechos relativos al infarto isquémico sufrido, solicita al SCS que pongan los medios adecuados para que no vuelva a producirse un hecho como el que ha padecido su madre.

De tales escritos no se puede inferir que se esté reclamando por el daño padecido o que se solicite de la Administración sanitaria la reparación del daño sufrido, siendo evidente el carácter no patrimonial de ambas reclamaciones.

Este Consejo Consultivo ha manifestado que aunque un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial no reúna los requisitos exigidos en la normativa reguladora de la materia puede producir el efecto interruptivo del plazo de prescripción del derecho a reclamar una indemnización siempre y cuando el mismo



contenga una manifestación inequívoca de reclamar la responsabilidad patrimonial derivada del hecho lesivo (por todos, Dictamen 421/2016, de 19 de diciembre, Fundamento III.5).

En este mismo sentido el Tribunal Supremo ha manifestado en su Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª, de 17 noviembre (RJ\2010\8520) que «De esta jurisprudencia se deduce que la prescripción se interrumpe en virtud de cualquier reclamación que manifiestamente no aparezca como no idónea o improcedente encaminada a lograr el resarcimiento del daño o perjuicio frente a la Administración responsable, siempre que comporte una manifestación de la voluntad de hacer efectiva la responsabilidad patrimonial de la Administración por alguna de las vías posibles para ello».

Por lo tanto, en aplicación de esta doctrina cabe concluir que ambas reclamaciones no constituyen reclamaciones de responsabilidad patrimonial propiamente, sino que no son más que meras quejas y que, por tanto, carecen de dicho efecto interruptivo.

## V

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que, en lo que respecta a la suspensión del tratamiento anticoagulante con *sintróm* y el posterior infarto isquémico, está prescrita la acción para reclamar la correspondiente indemnización y, además, en lo que se refiere a la demora en la realización de la intervención quirúrgica, se considera que está debidamente justificada, puesto que después de una primera valoración médica realizada el 12 de octubre de 2012 con la finalidad de proceder a realizarle la colecistectomía que demandaba, los doctores estimaron que su estado de salud no era el adecuado para llevarla a cabo. Además, se añade que, pese a estar pendiente de valoración en mayo de 2013, decidió voluntariamente acudir al ámbito de la medicina privada.

Por tales motivos considera la Administración sanitaria que no concurren los requisitos precisos para poder imputarle la responsabilidad patrimonial reclamada.

2. En cuanto a la prescripción, ésta ya se ha abordado en el fundamento anterior, por lo que pasamos a analizar el segundo motivo por el que se reclama, relativo a la demora en la realización de la colecistectomía.

En relación con ello, en el informe de alta del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de La Palma, emitido el 12 de octubre de 2012, se afirma, tras constar que fue reconocida por los especialistas de los Servicios de Cardiología y Neumología de dicho Hospital, que dados sus antecedentes previos, especialmente el infarto isquémico sufrido, y su estado de salud no era conveniente someterla a una colecistectomía hasta que se produjera una mejora general de su estado (página 544 del expediente), tal y como se afirma en la Propuesta de Resolución.

Además, también es cierto como señala la Administración que, después de acudir la interesada al Servicio de Urgencias de dicho Hospital por continuar con sus molestias gástricas en mayo de 2013, se le iba a realizar la prueba endoscópica en tres días para proceder posteriormente a valorarla con la finalidad de practicarle la mencionada intervención quirúrgica, tal y como se expone en el informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital General de La Palma (página 533 del expediente), sin que presentara a la cita médica que se le había dado con tal fin.

3. Por lo tanto, si hubo un retraso fue por razones médicas que lo justificaron y ello sin olvidar que cuando en 2011 se le fue a realizar la prueba endoscópica con tal finalidad sufrió el infarto isquémico referido. Además, la interesada no ha aportado prueba alguna que permita considerar que la decisión médica de no realizar la colecistectomía en octubre de 2012 fue incorrecta, pues el informe médico pericial que se incorporó al expediente tenía por finalidad tratar, exclusivamente, la primera de las dos cuestiones médicas objeto de su reclamación.

4. Además, cuando la interesada acudió al ámbito de la medicina privada en julio de 2013 fue por decisión propia y voluntaria sin que el SCS se hubiera negado realizarle la intervención demandada de forma injustificada, tal y como ya se ha señalado.

Este Consejo Consultivo ha señalado, al respecto de la reclamación de la indemnización correspondiente a los gastos médicos asumidos de forma voluntaria en el ámbito de la medicina privada, en el reciente Dictamen 36/2017, de 1 de febrero, que:

«En cuanto a la solicitud referida al Servicio Canario de la Salud para que soporte el costo de la intervención a efectuar por la Dra. (...), de acuerdo con los principios generales del Sistema de la Salud, así como lo dispuesto en el art. 17 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), la sanidad pública tiene la obligación de atender sanitariamente a los ciudadanos pero no de abonar a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización

de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en Ley General de Sanidad, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias.

El desarrollo reglamentario de este precepto de la LGS lo representa actualmente el art. 4.3 del 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, que dispone:

“La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. 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”.

Reiterada jurisprudencia en relación con estos preceptos o con sus antecedentes legales ha insistido en que la prestación sanitaria exigible en el ámbito de la sanidad pública responde a los siguientes ejes fundamentales: que la citada prestación ha de otorgarse con los medios disponibles del Sistema Nacional de Salud; que la asistencia sanitaria ha de llevarse a cabo en términos de eficacia e igualdad, pero también en términos que permitan la estabilidad financiera del sistema, lo cual precipita en todo caso que la asistencia debida por el servicio público de salud se encuentra sometida a limitaciones; que no existe un derecho de opción de los beneficiarios del sistema público de salud para recabar asistencia sanitaria fuera del ámbito de ese sistema, ya que el recurso a la sanidad privada es excepcional por imperativo legal, ha de justificarse en cada caso y ha de hacerse ello con especial rigor, habida cuenta la calidad cierta de los recursos económicos y dotacionales del sistema público y la cualificación técnica y humana del personal al servicio del mismo; que, en razón de lo anterior, el servicio público de salud no puede arrostrar los gastos ocasionados por la utilización de servicios sanitarios ajenos a ese servicio, excepción hecha de los casos reglamentariamente establecidos; que, en atención a las previsiones reglamentarias vigentes, el recurso a la asistencia sanitaria privada que es susceptible de ser económicamente asumido por el sistema público de salud es exclusivamente el recurso debido a una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, siempre que conste que no se pudieron utilizar los servicios sanitarios públicos y que se acudió a la prestación sanitaria privada de forma no abusiva ni desviada; y que una interpretación extensiva de la responsabilidad del sistema sanitario público por gastos generados como consecuencia de asistencia prestada en el ámbito privado, es interpretación que bien puede abrir la inaceptable espita discriminatoria consistente en incrementar las posibilidades de recepción de asistencia sanitaria en favor de quienes dispongan de recursos económicos para acudir a la asistencia privada, iniciando a

renglón seguido el procedimiento para intentar obtener la restitución del desembolso efectuado, posibilidad que en ningún caso existiría para el mayoritario colectivo que carece de los recursos necesarios a tal fin».

Pues bien, atendidas las circunstancias anteriormente señaladas del caso respecto al estado de salud de la paciente, así como la no presentación a la cita médica para realizarle la prueba endoscópica y aplicando esta doctrina, en este supuesto no concurren las circunstancias excepcionales contempladas en la normativa de aplicación que impliquen que el SCS deba asumir los gastos derivados de la colecistectomía que la interesada decidió realizarse voluntariamente en (...).

Por todo ello, no concurren en este caso los requisitos necesarios para imputar la Administración la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo, siendo la Propuesta de Resolución desestimatorio conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación presentada por G.C.C., en nombre y representación de su madre M.C.C.M, resulta conforme a Derecho.