

Dictamen Núm. 197/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de noviembre de 2024, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de agosto de 2024 -registrada de entrada el día 28 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por #reclamante#, dirigida al reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia recibida en la sanidad privada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de mayo de 2024, una hija del interesado presenta en el registro del Ayuntamiento de Gijón una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias dirigida al reintegro de los gastos afrontados por su padre en la sanidad privada para el tratamiento de una patología prostática.

Refiere que su padre “acude al Hospital ‘X’ el día 13 de febrero de 2024 con serios problemas en la micción, procediendo a la colocación de sonda vesical

y petición desde el mismo Servicio de Urgencias de cita con urólogo de dicho hospital”, siéndole notificado “a los pocos días” de “una primera cita con el urólogo para octubre de 2024”. Señala que acude “hasta en dos ocasiones más” al mismo Servicio de Urgencias, los días 24 de febrero y 25 de marzo de 2024, “con hematuria en orina y molestias severas y no habiendo ofrecido ni tan siquiera (la) posibilidad de derivar a ninguna otra área sanitaria de la región”, se ven en “la inevitable necesidad” de acudir a un centro médico privados. Afirma tener conocimiento de que “el Servicio de Urología del Hospital ‘X’, carece en esos momentos de especialista por permanecer éste de baja, como se informa al paciente y a sus familiares desde el propio hospital. Del mismo modo se les informa de que dicho especialista no está siendo sustituido al menos de forma regular”.

Finalmente, señala que en el centro privado se realizó “prostatectomía al paciente, corriendo a cargo de éste todos los gastos derivados de dicha intervención”, que ascendieron a 10.865,48 € (diez mil ochocientos sesenta y cinco euros con cuarenta y ocho céntimos), cantidad que solicita como indemnización.

Adjunta copia de documentación médica relativa al proceso asistencial dispensado por el servicio público sanitario y por el centro privado al que acudió, así como facturas emitidas a nombre del paciente y el justificante de transferencia bancaria ordenada por aquél, por importe de 10.380 € -coincidente con el presupuesto de la intervención-.

Previo requerimiento del Inspector de Prestaciones Sanitarias para acreditar la “representación”, el perjudicado presenta, con fecha 28 de mayo de 2024, un escrito en el que reitera los extremos contenidos en el relato efectuado en la anterior solicitud, reclamando “el abono de los gastos generados”, que, señala, ascienden a 8.989,06 € (ocho mil novecientos ochenta y nueve euros con seis céntimos). Aclara que presenta una “factura final con abono de diferencia”, pues “en la anterior reclamación no se había incluido, porque aún no se había emitido la factura final y de ahí la corrección en los gastos generados”.

Adjunta un escrito por el que otorga la representación a su hija, así como varias facturas, algunas ya presentadas anteriormente, y una de ellas, correspondiente a la intervención quirúrgica, por importe de 8.503,58 €, en la que figura como cantidad entregada "a cuenta" la de 10.380 €, y "a devolver 1.876,42 €".

2. Mediante oficio notificado al interesado el 17 de junio de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la falta de validez de "la representación otorgada mediante un documento privado", indicándosele que, en caso de que pretenda que su hija asuma su representación en el procedimiento, debe acreditar la misma con arreglo a los preceptos legales de aplicación, que se citan.

3. Previa petición formulada por el Inspector del procedimiento, el día 17 de junio de 2024 la Gerencia del Área Sanitaria I le remite una copia de la historia clínica del paciente, así como el informe emitido con fecha 14 de junio de 2024 por el Director de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria I.

En dicho informe se refiere que el paciente "acude al Servicio de Urgencias del Hospital `X´ con fecha 13 de febrero de 2024 por patología no resuelta en Atención Primaria. Tras valoración y tratamiento (...) es dado de alta./ Desde Atención Primaria, se solicita consulta con el Servicio de Urología del Hospital `X´ en fecha 20 de febrero de 2024 y se agenda (*sic*) para el día 22 de mayo de 2024. Esta cita es cancelada para ser adelantada al día 1 de marzo de 2024. Por incidencia en el Servicio, esta cita es cancelada y se recita (...) para el 8 de marzo de 2024, la cual tuvo que ser también suspendida./ El día 5 de junio de 2024, se procede a la derivación del usuario al Hospital `Y´ con el fin de agilizar la solicitud de consulta".

4. Mediante oficio notificado al interesado el 1 de julio de 2024, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de

quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El plazo transcurre sin que conste la presentación de alegaciones.

5. Con fecha 7 de agosto de 2024, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes obrantes en el expediente y en la historia clínica. Señala que, con arreglo a dicha documentación, resulta acreditado que “desde Atención Primaria, se solicitó consulta con el Servicio de Urología del Hospital `X` el 20 de febrero de 2024 y se agendó para el día 22 de mayo de 2024. Posteriormente esta cita fue cancelada para ser adelantada al día 1 de marzo de 2024. Por incidencia en el Servicio, esta cita es también cancelada y se recita posteriormente para el 8 de marzo de 2024, la cual tuvo que ser también suspendida. El día 5 de junio de 2024, se procede a la derivación del usuario al Hospital `Y` con el fin de agilizar la solicitud de consulta”, destacando que estas fechas no coinciden con el relato del reclamante. De ello deduce que “desde que se le derivó por primera vez al Servicio de Urología”, el 20 de febrero de 2024, “hasta que el paciente decidió voluntariamente acudir a la medicina privada”, el 12 de marzo de 2024, “transcurrieron veinte días”.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de agosto de 2024, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

En el supuesto ahora examinado, el interesado presenta la reclamación el día 28 de mayo de 2024 -pues ha de tomarse como referencia la fecha en que el escrito inicial incluye su firma-. Dado que su solicitud persigue el resarcimiento de los gastos en que ha incurrido el interesado con ocasión de un tratamiento seguido en la sanidad privada durante los meses de marzo y abril de ese año, es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Por último, se aprecia que en el momento de emitir el presente dictamen se ha rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No

serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- El interesado reclama el resarcimiento de los gastos satisfechos en la medicina privada para la detección y tratamiento quirúrgico de una patología prostática.

Los justificantes aportados por el perjudicado acreditan la realidad del daño por el que reclama, consistente en haber afrontado gastos en la medicina privada que guardan relación con la detección y tratamiento de una enfermedad cuya sintomatología, consistente en hematuria y retención urinaria, se encontraba a estudio en la sanidad pública.

Respecto al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema sanitario público, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema

Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con los primeros, 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, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo sólo resulta procedente en los "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital", y "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". No consta que dicho procedimiento -que no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos.

En estas condiciones, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada, comprensiva del importe de los gastos en los que se haya incurrido a consecuencia del tratamiento en la medicina privada de una enfermedad, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, conviene recordar una vez más que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado. Por ello no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

Para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si

se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, y en particular asume la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*).

Al respecto, debemos advertir ya en este momento que en aplicación de lo dispuesto en el artículo 67.2 de la LPAC la solicitud de responsabilidad patrimonial deberá ir “acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante”. En el caso que examinamos, el interesado limita el daño sufrido al perjuicio patrimonial asociado a la asistencia sanitaria privada recibida, sin invocar ni justificar un daño físico concreto derivado de la posposición de una consulta especializada, que fue solicitada por su médico de cabecera. Tampoco sobre la necesidad de llevar a cabo la cirugía indicada desde un centro privado, con la precisa temporalización en la que es llevada a cabo.

Sentado lo anterior, debemos recordar que este Consejo viene manifestando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 267/2023) que para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario debemos atender a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, desde el punto de vista

objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique objetivamente esa pérdida de confianza, y ha de quedar igualmente acreditado que tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, cuando quien reclama invoca implícitamente una desconfianza -lo que se deduce aquí de su reacción frente a los tiempos marcados por el servicio público, dentro del cual se solicitó una consulta especializada- debemos valorar si esa desconfianza pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales. Para elaborar ese juicio constituye un indicio el hecho de si el paciente, conocida la necesidad de una prueba diagnóstica o de una cirugía, abandona de modo inmediato el sistema público para realizar dichas prácticas en la medicina privada sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlas.

Por otra parte, y tal y como señalamos en nuestro reciente Dictamen Núm. 177/2024, en determinados casos, como el presente, debemos distinguir entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, pues constituyen dos actos médicos claramente diferenciados a los que se imputa un coste y un correlativo perjuicio patrimonial también perfectamente diferenciable e individualizado, como sugieren las distintas facturas. Así, las correspondientes al diagnóstico (folio 10) serían las referidas a los conceptos "consulta Urología" y "ecografía urológica (reno-vesico-prostática)", ascendientes a 204,58 €, mientras que las restantes versarían sobre la posterior cirugía, que comprenden tanto actividad preoperatoria como la propia intervención, sumando un coste de varios miles de euros.

Pues bien, en relación con la fase de diagnóstico, hemos de destacar que las anotaciones obrantes en la historia clínica del paciente no coinciden en su integridad con su relato, transcrito en los antecedentes.

Así, en cuanto a la asistencia prestada por el Servicio de Atención Primaria, consta que el día 13 de febrero de 2024 había acudido a su centro de salud por imposibilidad de orinar "desde la mañana", aplicándosele "sonda con

diuresis de solo 75 cc", siendo negativo para infección si bien se prescribe antibiótico como profilaxis "por la manipulación". El facultativo que le atiende constata que es un problema de hipertrofia prostática. Horas después, acudió al Servicio de Urgencias hospitalarias "por ausencia de orina en la bolsa", que requirió "desobstrucción del catéter urinario" por "el equipo de enfermería", siendo el diagnóstico de "retención aguda de orina resuelta". El día 16 de ese mismo mes, mantuvo consulta telefónica con su médico de Atención Primaria, con recomendación de "mantener la sonda hasta la próxima semana" y anotación de "ser valorado por Urología", que se formaliza el día 20 de febrero, con retirada de sonda vesical que figura colocada de nuevo al día siguiente, con anotación el día 22 de "sobre el 11 de marzo retirada si nueva retención valorar preferente o privado". En anotación del día 4 de abril de 2024, figura que "no acude a la consulta del Sintrom por estar intervenido de próstata". El informe emitido por el Director de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria I precisa que inicialmente la cita solicitada el día 20 de febrero de 2024 fue señalada para el día 22 de mayo de 2024, si bien esta última fue "cancelada para ser adelantada al día 1 de marzo de 2024", si bien "por incidencia en el Servicio", que no se precisa, debió ser "cancelada" y reasignada para el día 8 de marzo de 2024, "la cual tuvo que ser también suspendida" derivándose en el mes de junio de 2024 al paciente a otro hospital para "agilizar la solicitud de consulta".

La asistencia prestada en el Servicio hospitalario de Urgencias tuvo lugar por primera vez el día 24 de febrero de 2024, fecha en que acudió al mismo, por "hematuria" desde esa mañana, sin "otros síntomas asociados", reflejándose "escaso débito perisonda hematúrico". Tras cambiar la sonda y aplicar "suero lavador", se apreció "aclaramiento progresivo de orina", realizándose "analítica sin anemia ni otros hallazgos significativos y ECG". Consta que solicitó urocultivo, indicándose al paciente acudir dos o tres días después a Hematología "para valorar anticoagulación", sin perjuicio de acudir de nuevo a Urgencias "si empeoramiento o nuevos síntomas".

El día 25 de marzo de 2024 acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por “problemas urinarios”, concretados en “nuevo episodio de hematuria” esa mañana -continuaba siendo portador de sonda vesical, “funcionante”-, sin coágulos ni “datos de obstrucción”, constando que se encuentra pendiente de intervención quirúrgica para “prostatectomía radical” en un centro privado “el lunes 1-4-24”, repitiéndose el cambio de sonda y los lavados.

Como documentación médica relativa a la atención dispensada en el centro privado, el reclamante aporta únicamente un documento de consentimiento informado suscrito el día 25 de marzo de 2024, relativo a una “adenomectomía o prostatectomía abierta”, cuya finalidad descrita es la “mejorar la calidad miccional y suprimir la sonda vesical permanente (si fuese portador de ella)”, mediante la extirpación del “adenoma de próstata, que es un tumor benigno que crece en la próstata y obstruye el cuello de la vejiga dificultando o impidiendo la micción”, patología que, hemos de suponer, le fue diagnosticada al paciente. En el documento se explican igualmente las alternativas terapéuticas existentes, advirtiéndose entre otros riesgos “específicos del procedimiento”, el de “que no se consiga la mejora de la calidad miccional o que no se pueda retirar la sonda vesical permanente”.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 20.1 del Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias, los pacientes clasificados con “Prioridad 1” son aquellos con “solicitud preferente, cuya atención debe ser resuelta, en un máximo de quince días”, mientras que los pacientes con “Prioridad 2” son aquellos “con solicitud ordinaria”. A su vez, el artículo 6 establece, en relación con el “Acceso a primera consulta en el ámbito hospitalario, a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos y a intervención quirúrgica programada”, que “1. El Servicio de Salud adoptará las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso de los pacientes a la primera consulta externa, a primeras pruebas diagnósticas o primeros procedimientos terapéuticos y al tratamiento quirúrgico programado,

especialmente para las prestaciones y dentro de los plazos de referencia o condiciones de tiempo máximo de acceso establecidas en los anexos primero y segundo". El Anexo primero, "Prestaciones en materia de consultas externas de especial atención", señala como "Plazo de referencia" para la consulta de "Urología" el de 60 días. El artículo 6.2 dispone que "Para hacer efectivo el acceso a la primera consulta externa, tanto en caso de solicitud por el médico de familia como por otro facultativo hospitalario, la gerencia del área sanitaria asegurará que la planificación de actividad en el ámbito de consultas se realice garantizando de forma prioritaria las citas previstas en las prestaciones de primera consulta", señalando a continuación (apartado 3) que "El Servicio de Salud y la Consejería competente en materia de sanidad habilitarán los mecanismos necesarios para derivar pacientes a los centro propios o concertados que se determinen, con el objeto de mejorar los tiempos de acceso".

En el supuesto sometido a nuestra consideración, las anotaciones que figuran en la historia clínica permiten constatar que la cita solicitada el día 20 de febrero lo fue con carácter ordinario, habiéndose previsto el día 11 de marzo de 2024 nueva valoración, por parte de Atención Primaria y con motivo de retirada de la sonda, para modificar la solicitud a "preferente o privado" -referencia esta última que entendemos realizada a la posibilidad de derivación a centro concertado, prevista en el artículo 6.3 del Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, y materializada en el mes de junio de 2024 en la remisión del paciente al Hospital 'Y'. Sin embargo, no consta que el paciente acudiera el día 11 de marzo a la retirada de la sonda, permitiendo esa reevaluación y el cambio de la petición a preferente. De una de las facturas que presenta se deduce que su primera consulta en el centro privado tuvo lugar el día 12 de marzo de 2024, fecha que el reclamante no especifica, aunque durante la asistencia en Urgencias del día 25 de marzo de 2024 sí señala que se encuentra pendiente de intervención en ese centro privado, programada para el día 1 de abril, dato concordante con el de la factura correspondiente -y con otras anotaciones de la historia clínica, como ya se ha señalado-. En todo caso, resulta crucial que no

desmienta el contenido del informe emitido por el Director de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área I, que niega que el paciente fuera citado para octubre. En consecuencia, si bien tal y como refleja ese informe existió una reprogramación de citas que respondía al intento de adelantarlas al mes de marzo, lo cierto es que en el momento en que el paciente decide acudir a la sanidad privada aún no había transcurrido el plazo establecido para atender su solicitud ordinaria -60 días-. Dado que su propia y legítima opción no permitió al servicio público reprogramar su cita como "preferente" -al no personarse el 11 de marzo y acudir al día siguiente a un centro privado-, no cabe fundar una pretensión resarcitoria en dilaciones que no son necesariamente ajenas a aquella incomparecencia voluntaria.

En tales circunstancias, debe concluirse que la programación de la consulta en la sanidad pública, ajustada en su momento a la clínica y disponibilidad de medios, no resulta contraria a la *lex artis ad hoc*. Además, una vez que el paciente decide someterse a intervención en un centro privado, tampoco pone en conocimiento de la sanidad pública esa decisión -sin que en ningún momento alegue ni razone su carácter urgente-, lo que impide que desde la red pública se ofrezca al reclamante el mismo tratamiento prescrito desde la sanidad privada.

Como ya hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictámenes Núm. 146/2018, 269/2019 y 208/2021), de las notas de universalidad y gratuidad que caracterizan al servicio público sanitario, y que obviamente no se dan en la sanidad privada -de la que tampoco cabe predicar un carácter ilimitado de medios-, se derivan una serie de servidumbres, lo que determina que el tiempo de los actos médicos en el ámbito del servicio público haya de ser necesariamente objeto de priorización y adecuación a la evolución de los síntomas. Ello sin perjuicio de que, según venimos reconociendo, resulta perfectamente comprensible que quien puede costearlo acuda en ciertos escenarios a la medicina privada.

En definitiva, nos encontramos con un caso en el que el paciente es atendido conforme la *lex artis ad hoc*, pues es correctamente atendido por la

sintomatología que presenta tanto en Atención Primaria como en el Servicio de Urgencias hospitalarias, habiéndose solicitado consulta en el servicio especializado competente, si bien decide abandonar la sanidad pública sometiéndose voluntariamente a una intervención quirúrgica prescrita desde la sanidad privada, lo que impide considerar producida una pérdida de confianza en el servicio público y aboca a la consecuente desestimación de la reclamación.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.