

Dictamen nº: **341/14**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **30.07.14**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 30 de julio de 2014, emitido ante la consulta formulada por el Excmo. Sr. consejero de Sanidad al amparo del artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por U.G.R., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Clínico San Carlos.

## ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** El 13 de julio de 2012, el reclamante presentó en el Servicio de Atención al Usuario del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) un escrito solicitando una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada en este centro.

Manifestaba que, como consecuencia de haberle sido detectado en una prueba rutinaria un problema tumoral tanto en el riñón derecho como en el uréter izquierdo, y después de varias pruebas se diagnosticó un tumor quístico en el riñón derecho y un urotelioma en el riñón izquierdo, ambos con elevadas probabilidades de malignidad.

Relataba que se estableció la necesidad de llevar a cabo dos intervenciones quirúrgicas para extirpar en primer lugar el quiste del riñón derecho y, posteriormente, la extracción del riñón y uréter izquierdos y que con fecha 22 de septiembre de 2011, se le informó del procedimiento operatorio a seguir, entregando, como paso previo a la primera intervención, un volante para la realización de una angioresonancia, *“que no debería exceder su realización más allá de los quince días siguientes.”*

Censuraba en su escrito que transcurrido dicho período, al no tener noticias del Servicio de Radiodiagnóstico del HCSC, preguntó en varias ocasiones, tanto telefónica como presencialmente por el motivo del retraso, consiguiendo al final ser informado de que la persona que tenía que llevar a cabo la prueba estaba en un congreso y que a la vuelta del mismo debía discutir con el urólogo responsable si era pertinente o no realizar la prueba.

Una vez conocido este hecho, tras unos días de margen de espera, solicitó nuevamente información sobre la realización de la citada prueba, siendo informado de que no aparecía en el listado de pruebas para el mes siguiente, por lo que dada la gravedad del problema, la situación anímica del reclamante, el olvido y la falta de información por parte del HCSC, decidió acometer las intervenciones que requería en un centro sanitario privado.

Destacaba el reclamante que, a fecha de presentación de su escrito de reclamación, aún no había sido citado para realizar la prueba prescrita el 22 de septiembre de 2011, ni se había recibido ninguna comunicación por parte del Servicio de Urología del HCSC explicando el motivo.

Consideraba que el pronóstico adverso de su dolencia, cuyo tratamiento fue calificado como prioritario, junto a la falta de información y la sensación de ser olvidado por parte del HCSC, supuso

una gran preocupación tanto para él como para su familia, viéndose finalmente obligado a asistir a la sanidad privada, lo que le ha ocasionado graves perjuicios económicos.

Solicitaba por ello, inicialmente, una indemnización por importe de 41.871,09 euros. No obstante, en escrito posterior, rectificó dicho importe, cuantificando la indemnización pretendida en cuarenta y un mil doscientos treinta y cuatro euros con setenta y cuatro céntimos de euro (41.234,74 €), con el siguiente desglose:

- 12.727,47 euros correspondientes al importe satisfecho en relación a la intervención quirúrgica, llevada a cabo el 25 de octubre de 2011 en la Clínica A, consistente en nefrectomía parcial.
- 27.457 euros correspondientes al importe satisfecho en relación a una segunda intervención quirúrgica, llevada a cabo el 15 de diciembre de 2011 en la Clínica A, consistente en autotrasplante renal.
- 1.050,27 euros correspondientes al importe satisfecho en relación a las consultas y pruebas diagnósticas practicadas.

Aportaba a su escrito diversa documentación médica y copia de las facturas correspondientes a la asistencia sanitaria prestada en la Clínica A.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo, incluida la historia clínica, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El reclamante, de 68 años en el momento de los hechos, comenzó a ser estudiado en el Servicio de Urología del HCSC en 1999 por prostatismo con aumento de la PSA y biopsia de próstata negativa para malignidad,

con intervención de prostatectomía por resección transuretral en el 2002 (e hipertrofia benigna de próstata (HBP) y prostatitis crónica).

Continuó revisiones anuales por PSA alta (7,72ng/ml en 2005) y en una ecografía de control de 7 de abril de 2011, TAC y uroresonancia, se identificaron: un nódulo indeterminado en el riñón derecho, una litiasis renal bilateral y un engrosamiento del uréter izquierdo a la altura de L4-L5, y una lesión sólida en el tercio medio del uréter izquierdo que se extendía a lo largo de 2,3 cms con engrosamiento asimétrico de la pared ureteral, compatible con un urotelioma ureteral. También se apreció un quiste simple de 2,6 cm en polo superior del riñón izquierdo, así como un quiste de 2,7x29 cm en polo superior de riñón derecho, con polos sólidos sugerente de tumor quístico.

En sesión clínica de 29 de julio de 2011, ante la posible afectación de ambos riñones y la dificultad de una decisión quirúrgica compleja se solicitó cistoscopia y citologías, que resultaron negativas, por lo que se decidió ampliar el diagnóstico con una ureterorrenoscopia izquierda para valorar el estado de la vía urinaria que se realizó el 1 de septiembre de 2011 objetivándose una lesión herbácea de 3 cm en uréter medio y lesión de aspecto sólido en el mismo nivel aunque no se consiguió la biopsia.

En sesión clínica de 16 de septiembre de 2011 se acuerda ampliar el estudio y solicitar a radiología un estudio vascular renal (angioresonancia).

El paciente fue citado a consulta el 22 de septiembre de 2011. Consta en la nota de cita: "*recoger volante y cita TAC - RM a partir de los quince días en el servicio de Radiodiagnóstico, puerta G.*"

El inspector médico hace constar en su informe:

*"Aunque en la historia no está el volante en el que se solicita dicha prueba, un facultativo del servicio de radiodiagnóstico no*

*consideró indicado realizar esta prueba ya que al paciente se le había realizado una resonancia magnética en julio y este estudio incluía imágenes de vascularización renal. Por lo cual no existe registro de que el paciente llegara a ser citado en dicho servicio. Esta decisión, fue puesta en conocimiento del Servicio de Urología, no quedando constancia documental dicha incidencia en su historia clínica”.*

El 25 de octubre de 2011 fue intervenido en la Clínica A de una tumorectomía renal derecha que resultó ser un quiste simple renal no maligno, con una segunda intervención el 15 de diciembre, realizando, por descarte quirúrgico de otras técnicas, un autotransplante renal izquierdo, aislando un carcinoma uretelial de bajo grado de malignidad no invasivo, ya diagnosticado previamente.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Mediante escrito de la jefa de Área de Normativa y Régimen Jurídico, se solicitó al reclamante la aportación de toda la historia clínica correspondiente a la atención sanitaria recibida en la Clínica A, y la concreción de la cuantía de la indemnización pretendida. El reclamante, con fecha 3 de septiembre de 2012, aportó la documentación solicitada, y concretó la cuantía de la indemnización solicitada en 41.234,74 euros.

Se ha recabado el informe del Servicio de Urología del HCSC, de 7 de agosto de 2012, en el que ponía de manifiesto que:

*“(...) Con estos datos, se presenta nuevamente en la sesión clínica (16-9-11) ante la complejidad del caso, considerando necesario identificar con mayor precisión las características de la*

*tumoración renal, en vistas a la realización de una posible nefroureterectomía izquierda y cirugía parcial sobre el riñón derecho, motivo por el que se decide solicitar un estudio vascular renal derecho, previo a la cirugía del lado izquierdo, para lo cual se cita al paciente el 22-9-11 y se pide la angioresonancia.*

*El paciente no ha vuelto a consulta ni ha consultado con el Servicio de urología hasta la fecha de hoy”.*

Se ha recabado, igualmente, el informe del jefe de Servicio de Radiodiagnóstico, de 30 de julio de 2012, en el que declaraba:

*“El día 4 de julio de 2011 se realizó a dicho paciente una exploración urológica mediante Resonancia Magnética que incluía la adquisición de imágenes de la vascularización renal (angio-RM). Por ello, cuando se solicitó dicha prueba en septiembre de 2011, el responsable de la sección de radiología urológica se puso en contacto con el servicio de Urología informando que ya se había realizado y que no era necesario repetirla”.*

El Servicio Jurídico del HCSC, remitió informe de fecha 11 de octubre de 2012, al que adjuntaba informe del Servicio de Radiodiagnóstico aportando relación de citas y peticiones de pruebas radiológicas efectuadas en 2011, donde se observaba que no constaba petición de angioresonancia realizada en septiembre de 2011, ni citación al respecto. Asimismo, tampoco constaba documentalmente la petición realizada por el Servicio de urología ni la contestación ofrecida por el Servicio de Radiodiagnóstico.

Por su parte, la Inspección Sanitaria emitió informe de fecha 27 de febrero de 2013, en el que tras describir los hechos del caso, y además de lo ya transcrita señalaba que:

- "• Entendemos que ha habido un problema de coordinación y comunicación entre ambos servicios, que ha originado un estado de alarma en el paciente que sabiendo que presentaba cáncer ha esperado un tiempo prudencial antes de decidir recurrir a la medicina privada.*
- Tras consultar su historia a través del programa HORUS, el paciente está siendo atendido en la Fundación B.*

### *PROPIUESTA*

*"A la vista de las actuaciones practicadas resulta evidente que la asistencia prestada no ha sido la adecuada al existir un grave problema de coordinación entre ambos servicios y consecuentemente una falta de información al paciente sobre su proceso asistencial, entendiendo justificada su asistencia en la medicina privada".*

Consta en el expediente informe médico pericial, de 26 de octubre de 2013, en el que se exponían las siguientes conclusiones:

*"Resulta complicado establecer unas conclusiones inequívocas en el presente caso, pero cabe afirmar que no ha existido una mala asistencia hacia el paciente.*

*No he tenido acceso a ningún documento donde se deje constancia fehaciente de que el paciente entró en contacto con el servicio de urología reclamando la realización de la prueba o una nueva toma de postura.*

*Entre la fecha del 22 de septiembre y el 25 de octubre de 2.011, no aprecio pérdida de oportunidad siendo realizado en el Centro privado el mismo tratamiento que el programado de forma inicial incluso espaciándose la intervención de ambos órganos 45 días entre sí sin realizarse la prueba de imagen motivo de reclamación.*

*Lo único que puede establecerse es una discordancia en la indicación de una prueba entre dos servicios de un mismo Centro sin perjuicio para el paciente.*

*La asistencia debe considerarse adecuada y correcta. El paciente, que mantenía un seguimiento en paralelo en la Clínica A decidió de forma voluntaria abandonar la sanidad pública y someterse al mismo procedimiento que el propuesto en el Centro ya citado”.*

Con fecha 27 de enero de 2014, fue notificada al reclamante la apertura del trámite de audiencia. En uso de dicho trámite, con fecha 5 de febrero de 2014, presentó escrito de alegaciones en el que aclara que sí estuvo en consulta el día 22 de septiembre, fecha en que se le informó que había una discrepancia a resolver entre los Servicios de Urología y Radiología y en la espera decidió acudir a la Clínica A. Afirma también que solo reclama el coste de la cirugía, insistiendo en su intención inicial de operarse en el HCSC, aunque se vio obligado a hacerlo en la clínica privada, y que en la actualidad seguía tratamiento en otro centro sanitario público con el que estaba satisfecho.

Transcurrido el plazo del trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 28 de mayo de 2014 en la que se propone la desestimación de la reclamación por no observarse relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el daño aducido.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad, mediante oficio de 9 de junio de 2014 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 17 de junio, formula preceptiva consulta por el trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excmo. Sra. Dña. María José Campos Bucé, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por

unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 30 de julio de 2014.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, a tenor del artículo 14.1 LCC.

**SEGUNDA.-** El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), ya que es la persona que ha sufrido los daños supuestamente derivados de la actuación de los servicios sanitarios.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse el centro hospitalario implicado integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contarán, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció, o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso la reclamación debe entenderse presentada dentro del plazo legal al interponerse con fecha 13 de julio de 2012, ya que la última actuación en la sanidad pública madrileña es la consulta de 22 de septiembre de 2011 y la última cirugía que se practicó en la clínica privada fue el 15 de diciembre del mismo año.

El órgano peticionario del dictamen ha seguido los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJ-PAC desarrollado por el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

A tal fin se ha recabado informe de los servicios responsables del centro hospitalario al que se imputa la producción del daño tal como exige el artículo 10.1 del RPRP y se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Se ha recabado igualmente informe de la Inspección Sanitaria.

**TERCERA.-** Debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJP-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata

y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente recoge dicha Sentencia que *“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que "no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

**CUARTA.-** El daño que se reclama podría constituir un daño indemnizable, pues, sin perjuicio de su admisión o no, consiste en el padecimiento del reclamante ante la falta de noticias sobre la prueba diagnóstica que se indicó, así como los gastos derivados de su atención en la sanidad privada. Conviene precisar que ni existe ni se reclama daño físico, pues el reclamante mantenía un seguimiento en la clínica privada paralelamente a la asistencia en el Hospital, y en aquella se realizaron las mismas actuaciones clínicas que estaban previstas; tampoco el reclamante solicita el resarcimiento de perjuicios por este concepto.

Por otra parte no cabe duda que los daños que se alegan traerían causa del funcionamiento del servicio público sanitario, pues se censura una desorganización hospitalaria que dio lugar a que el paciente, hoy reclamante, fuera conocedor de la gravedad de su enfermedad y de la necesidad de realizar una prueba diagnóstica, y no fuese informado de las

circunstancias del retraso en su práctica, o de que la prueba no se iba a realizar.

Así, la Administración sanitaria debe velar por una adecuada protección de la salud que la Constitución Española garantiza a todos los ciudadanos en su artículo 43, y los medios organizativos del sistema sanitario deben orientarse a la promoción de la salud, y la garantía de la calidad y seguridad de los servicios sanitarios (artículo 3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y 2.3.m) de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid).

Además hay que tener en cuenta que la carga de la prueba corresponde al que reclama la responsabilidad patrimonial conforme el artículo 217 LEC. No obstante, en materia sanitaria la jurisprudencia ha invertido la carga de la prueba, tras aportar por los interesados un principio de prueba o razonamiento de los requisitos de la existencia de la responsabilidad, considerando la mayor facilidad probatoria de la Administración sanitaria. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2010 (recurso 3339/2006), entre otras muchas.

Sentados los presupuestos jurídicos aplicables resulta pertinente examinar las circunstancias fácticas en que se basa la reclamación de responsabilidad administrativa.

Así, la cuestión central es que en la consulta del día 22 de septiembre se le entregó al paciente una nota para recoger volante de cita para la realización de la prueba, volante que debía recogerse "*a partir*" de quince días.

De la sucesión de hechos probados y recogidos en el informe del inspector, lo que ocurrió es que la prueba no se llegó a solicitar al

Servicio de Radiodiagnóstico, por considerar un facultativo de este Servicio que era innecesaria, habida cuenta que existía una RM del mes de julio que ya contenía imágenes de vascularización renal.

Sin embargo, el reclamante no fue informado de esta circunstancia, hecho en el que basa su reclamación, y ante la zozobra que le produjo la incertidumbre y falta de noticias acudió a la sanidad privada.

Con estas premisas debemos realizar diversas consideraciones.

En primer lugar, y respecto de los gastos que reclama en concepto de asistencia en la sanidad privada, hay que tener en cuenta que como ya hemos expuesto en otras ocasiones (dictámenes 209/09 ó 617/11):

*«Las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9<sup>a</sup>, nº de recurso: 174/2004). Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo de tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, “confianza –como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm. 378/2008, de 25 de marzo; nº de recurso 184/2005– que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria”.*

Sin embargo de los hitos temporales que acontecen en el presente caso no resulta justificado atender la solicitud de resarcimiento de los gastos por este concepto. Así, en la consulta de 22 de septiembre al reclamante se le entrega una nota para “*recoger volante y cita a partir de TC-RM a partir de quince días*”, - es decir a partir del 6 de octubre -, y consta que se practicó la cirugía en la clínica privada el 25 del mismo mes.

No se da por tanto el requisito de falta de diligencia o pasividad prolongada de los servicios públicos de salud que justifiquen el reembolso de los gastos. A ello hay que añadir que tampoco el reclamante solicitó la asistencia en cualquier otro centro sanitario público bien para la realización de la prueba o bien para la práctica de la cirugía, y que en la sanidad privada consta que no se realizó la prueba sino que se practicó la cirugía, que igualmente estaba programada en el hospital público.

Por consiguiente la solicitud de abono de los gastos que reclama por este concepto debe rechazarse.

Cuestión distinta merece el daño derivado de la incertidumbre o zozobra que le produjo la falta de noticias sobre la realización de la prueba.

Resulta acreditado que la angioresonancia no fue programada por el Servicio de Radiodiagnóstico, sin que de ello se informara al paciente. El hecho de que motivadamente la prueba no se realizara (la existencia de una RM anterior que ya tenía imágenes de vascularización renal), no justifica la falta de información al reclamante, el cual era consciente de la gravedad de su enfermedad.

En este sentido, el inspector médico (con la indudable relevancia que tiene su criterio) reconoce taxativamente que “*resulta evidente que la asistencia prestada no ha sido la adecuada al existir un grave problema de coordinación entre ambos servicios*”, descoordinación que provocó sin duda un sufrimiento del reclamante que, pendiente de la cita para la

realización de una prueba previa a la cirugía se encuentra con una falta de información y programación de dicha prueba.

Ello supone un daño antijurídico que el reclamante no tiene el deber de soportar (artículo 141.1 LRJ-PAC) y que da lugar a que debamos considerar la existencia de responsabilidad administrativa.

Sin que sea obstáculo a lo anterior, dicha responsabilidad de la Administración sanitaria debe atemperarse en el presente caso.

Así, si bien es cierto que no consta que el Hospital informase al paciente de que la prueba no se iba a realizar por innecesaria, tampoco se acredita más allá de toda duda que el reclamante desplegase una actividad razonable en orden a interesarse por la tramitación o el estado de programación de la prueba. Debemos recordar que si bien el inspector reconoce una descoordinación entre servicios, lo cierto es que el relato fáctico del reclamante sobre sus gestiones ante el hospital no se encuentra respaldado por documento alguno que acredite su veracidad.

A ello se une el corto espacio de tiempo en el que acudió a la sanidad privada, teniendo en cuenta en este punto además, que aunque la nota del Hospital para la realización de la prueba es a partir de 15 días desde el 22 de septiembre, consta que en la clínica privada se solicitó TAC el 16 de septiembre (según se refleja en el parte de alta de la clínica A).

Igualmente, el reclamante no solicitó en modo alguno la asistencia a través de otros medios sanitarios públicos (otro centro hospitalario, centro de salud, etc.).

Ello implica que debamos apreciar que la conducta del reclamante influyó en el daño que ahora se reclama, concurrencia de culpas que es admitida en sede de responsabilidad administrativa como causa de moderación del “quantum” indemnizatorio (Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de noviembre de 2001, recurso 476/2002, o nuestro Dictamen 44/10 entre otros).

Resta determinar la cuantía de la indemnización para lo que debemos atender a las circunstancias del caso. Así hay que tener en cuenta el carácter del daño que se reclama, que es el derivado de la incertidumbre sobre la realización de una prueba diagnóstica durante un corto espacio de tiempo hasta que acudió a la sanidad privada; igualmente que dicha prueba finalmente ni siquiera se realizó en esta última por innecesaria y por último, que reconociendo que el Hospital no informó al paciente, no resulta posible asegurar la veracidad de la actividad que el reclamante relata que realizó ante el centro hospitalario.

Por todo ello entendemos adecuado fijar una cuantía indemnizatoria en 3.000 €.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada e indemnizar al reclamante en la cantidad de 3.000 €.

A la vista de lo dictaminado, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 30 de julio de 2014