



**Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León**  
**Ilma. Sra. Directora General de Relaciones Institucionales**  
**C/ Santiago Alba, 1**  
**47008 VALLADOLID**

**Expediente: 1240/2023**  
**Asunto: Reintegro de gastos médicos / Resolución**  
**Centro directivo: Consejería de Sanidad**

Ilma. Sra.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. una vez recibido el informe solicitado en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Como recordará V.I. el motivo de la queja era la denegación del reintegro de determinados gastos sanitarios asumidos por el paciente D. XXX, con DNI XXX, quien viene padeciendo un cuadro de dolor crónico tras una intervención de hernia inguinal practicada el 7 de noviembre de 2019 en el Hospital Universitario de Burgos.

Según se ponía de manifiesto en el escrito de queja, ante la insuficiencia de la respuesta asistencial dispensada por el sistema público de salud, el paciente se ha visto obligado a acudir a diversos recursos asistenciales de carácter privado, sufragando personalmente consultas, tratamientos, pruebas diagnósticas y actuaciones terapéuticas, cuyo reintegro solicitó ante la Administración sanitaria, recibiendo resolución denegatoria de fecha 13 de abril de 2023, a la que posteriormente se unieron nuevos escritos, solicitudes y aportaciones documentales, todo ello en un contexto presidido por la persistencia del sufrimiento, la cronificación del proceso y la percepción de ausencia de respuesta suficiente e integral por parte del sistema sanitario público.

De la documentación aportada en la queja se desprende un relato persistente en el tiempo acerca de la continuidad del dolor, la necesidad de desplazamientos, la búsqueda de segundas opiniones, la solicitud reiterada de pruebas diagnósticas y la asunción de gastos en centros privados de fisioterapia, traumatología y en un centro hospitalario privado; todo ello como reacción a una situación asistencial vivida como insuficiente y prolongada, con afectación intensa de la calidad de vida del interesado y de su funcionalidad cotidiana.



Así, el paciente puso en conocimiento de distintos órganos sanitarios la necesidad de nuevas actuaciones con posterioridad a la denegación señalada, aportando documentación clínica y económica, denunciando incluso que determinadas unidades hospitalarias no le habrían dispensado una respuesta eficaz o continuada, hasta el punto de verse abocado a la medicina privada para obtener atención, pruebas o tratamientos que consideraba necesarios para poder superar la situación en la que se encuentra.

Admitida la queja a trámite e iniciada la investigación oportuna sobre la cuestión planteada, nos dirigimos a V.I. en solicitud de información correspondiente a la problemática que constituye el objeto de aquélla.

En atención a nuestra petición de información se remitió por esa Administración autonómica informe a esta Institución, en el cual se afirma la existencia de una resolución denegatoria de reintegro de gastos de fecha 13 de abril de 2023, que en la misma se indicaba la posibilidad de formular reclamación previa a la vía judicial en el plazo de treinta días y que, al no haberse ejercitado dicha posibilidad, el interesado habría dado su conformidad a la consecuencia legal de firmeza del contenido de la resolución, añadiendo una remisión al artículo 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, como base legal para dicha denegación.

A la vista de lo informado y centrándonos en tal resolución denegatoria, debe recordarse que el régimen jurídico del reintegro de gastos por la asistencia sanitaria recibida fuera del sistema público ha sido tradicionalmente interpretado de forma restrictiva. El artículo 4.3 del citado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, excluye con carácter general el reintegro de gastos derivados de asistencia sanitaria recibida fuera del Sistema Nacional de Salud, salvo en los supuestos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, una vez comprobado que no fue posible utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

Ahora bien, precisamente por ese carácter excepcional, la Administración estaba obligada a examinar con especial rigor los presupuestos fácticos concurrentes en cada caso, lo que incluye valorar no sólo la existencia de riesgo vital en sentido estricto e inminente, sino también la realidad de la imposibilidad de uso oportuno de los medios públicos y la razonabilidad de la conducta del paciente cuando el contexto asistencial aparece presidido por la cronificación del dolor, la persistencia del sufrimiento y por la percepción de ausencia de respuesta suficiente.

No consta, pese a ello, la realización de una completa valoración clínica detallada del caso, limitándose la Administración a una denegación apoyada en fórmulas generales. La inexistencia de un examen individualizado resulta incompatible con las exigencias



propias de una potestad administrativa ejercida con arreglo a los principios de proporcionalidad, buena fe y servicio efectivo al ciudadano. Además, en un supuesto como el presente, marcado por años de dolor crónico, por múltiples solicitudes y por la continuada aportación de documentación médica y económica, se debía haber ofrecido una explicación detallada y personalizada, cuya ausencia permite apreciar una insuficiencia motivadora contraria al derecho del ciudadano a una buena administración, reconocido en el artículo 12 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León y desarrollado por la Ley 2/2010, de 11 de marzo, de derechos de los ciudadanos en sus relaciones con la administración de la Comunidad de Castilla y León y de gestión pública.

Igualmente, aun aceptando que la resolución de 13 de abril de 2023 hubiera devenido firme por falta de reclamación previa en el plazo legalmente establecido, ello no exoneraba a la Administración autonómica de valorar adecuadamente las solicitudes, escritos y documentación posteriores si éstos se referían, al menos en parte, a nuevos gastos, nuevos tratamientos, nuevas pruebas diagnósticas o a una situación clínica continuada y agravada, como parece desprenderse de la documentación aportada por el paciente, que menciona gastos correspondientes a 2023 e incluso posteriores, así como nuevas actuaciones sanitarias y nuevas peticiones dirigidas a la Gerencia Regional de Salud y a otros órganos.

Cada nueva solicitud debe ser expresamente tramitada y resuelta con arreglo a su propio contenido. La documentación examinada sugiere precisamente una continuidad temporal del problema y la interposición de nuevas solicitudes, lo que refuerza la necesidad de una respuesta administrativa congruente y motivada respecto de cada una de ellas.

Esta Institución considera que cuando un paciente expresa reiteradamente que la insuficiencia de respuesta pública le ha empujado a la asistencia privada, la Administración sanitaria debe ser capaz de ofrecer una explicación clínica articulada y documentada acerca de la adecuación de la asistencia sanitaria dispensada, de las derivaciones efectuadas, de las pruebas realizadas o, en su caso, denegadas y de la razón por la que determinadas actuaciones no se consideraron indicadas o no podían ser asumidas por el sistema público.

Ello no implica lógicamente reconocer de forma automática un derecho pleno e incondicionado al reintegro de todos los gastos cuya devolución se interesa, cuestión que exige una valoración técnica y jurídica singularizada de cada episodio asistencial, pero sí obliga a concluir que la Administración sanitaria debía haber desarrollado un examen completo de las circunstancias concurrentes y ofrecer al interesado una respuesta expresa, fundada y comprensible sobre el conjunto de sus alegaciones y solicitudes, incluidas las posteriores a la resolución de 13 de abril de 2023, con indicación precisa de la razón material por la que cada concreto gasto era o no susceptible de reintegro.



Por lo tanto, puede concluirse que la actuación administrativa examinada no ha satisfecho de modo suficiente las exigencias de motivación, individualización y congruencia que resultaban exigibles en el presente supuesto.

En virtud de todo lo expuesto, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**:

**ÚNICA: Que por la Administración sanitaria se proceda a revisar de forma completa, individualizada y suficientemente motivada la situación planteada por D. XXX, examinando la totalidad de escritos, solicitudes, informes y documentación clínica y económica aportados por el paciente tras la resolución denegatoria, a fin de dictar, respecto de cada gasto reclamado, una respuesta expresa, congruente y jurídicamente fundada que valore, de manera específica, la asistencia efectivamente dispensada por el sistema público, la eventual existencia de demoras o insuficiencias asistenciales, la disponibilidad o no de medios públicos oportunos y, en general, todos aquellos elementos relevantes para determinar si procede o no el reintegro solicitado.**

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN  
Tomás Quintana López