



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero  
y Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 24 de noviembre de 2005, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 20 de octubre de 2005 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 24 de octubre de 2005, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 974/2005, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

**Primero.-** Con fecha 12 de noviembre de 2002, tiene entrada en el registro de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx una reclamación de indemnización de daños y perjuicios, de xxxxx, por la asistencia



sanitaria recibida en el Hospital hhhhh de xxxxx. Expone el interesado en su escrito:

“Con fecha 2 de marzo de 2002 xxxxx sufrió una caída de bicicleta y fue atendido en los servicios de urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx en el que se le diagnosticó un esguince acromioclavicular en el hombro derecho. (...).

»El lunes día 4 de marzo de 2002 fue a la consulta de su médico de atención primaria, aaaaa, quien le recetó analgésicos para el dolor.

»(...) volvió a acudir el 18 de abril de 2002 al Hospital hhhhh de xxxxx. Se le diagnostica una luxación acromioclavicular y se le detecta una deformidad en la articulación acromioclavicular. (...).

»El día 25 de abril de 2002 xxxxx acude a la consulta del vvvvv quien tras examinarle le remite a la consulta del rrrrr. (...).

»Al darle la cita para dos meses después y debido a que el dolor y la luxación imposibilitaban a xxxxx para el desempeño de su profesión, pues es panadero, no tuvo más remedio que acudir a otras vías para intentar solucionar el problema.

»Esta necesidad le llevó a consultar de forma privada en el mes de mayo de 2002 con el traumatólogo vvvvv”.

Solicita el reintegro de la cantidad de 6.810,61 euros, de los que 2.454,69 corresponden a los gastos de la operación que se le practicó y el resto en concepto de daños y perjuicios causados.

Acompaña a su escrito diversos informes médicos, tanto de la sanidad pública como de la privada, así como las facturas de la atención sanitaria recibida en la sanidad privada.

**Segundo.-** Al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:

I.- Informe del Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, emitido el 23 de diciembre de 2002, en el que se hace constar que



“dicho paciente fue atendido en dos ocasiones en el Servicio de Urgencias por patología postraumática en la articulación acromio-clavicular, según consta en los dos informes emitidos. En ambas ocasiones se decidió tratamiento conservador, siendo remitido a la consulta de traumatología para control evolutivo. He solicitado al archivo las pruebas complementarias realizadas (radiografías) con la finalidad de una valoración por mi parte. Se me informa que las mismas no se encuentran en los archivos del hospital, por lo cual me remito a los informes de los facultativos que le asistieron en ambas ocasiones y que forman parte de la documentación que acompaña a la reclamación”.

II.- Informe del Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital hhhhh, de fecha 10 de enero de 2003, en el que se señala que “se le explica al enfermo como una posibilidad terapéutica es la actuación expectante, sin realizar tratamiento quirúrgico no cerrando esta vía, por lo que en vista de su evolución revisarlo en el mes de junio”.

III.- Informe de la Inspección Médica, emitido en fecha 22 de diciembre de 2003, en el que hace constar que “el diagnóstico se realiza por la exploración y RX. En la subluxación hay inflamación, dolor y limitación de la movilidad activa. El tratamiento de la subluxación acromioclavicular es de tipo conservador, si no existe gran inestabilidad el tratamiento consiste en el uso de un cabestrillo amplio durante varias semanas, raramente se requiere fisioterapia y por regla general se obtiene un resultado excelente”.

IV.- Historia clínica del paciente.

V.- Informe médico emitido por un especialista en cirugía general, traumatología y ortopedia, y otro especialista en traumatología y ortopedia, a instancia de la Compañía Aseguradora zzzzz, con fecha 2 de mayo de 2004, en cuyas conclusiones se hace constar:

“1. El diagnóstico de urgencia es correcto. Se opta de forma correcta por un tratamiento ortopédico (charpa) y posterior control.

»2. En la asistencia de urgencia del 18/04/02, acude voluntariamente a las seis semanas del traumatismo, se manifiesta que solamente existe dolor y la exploración no demuestra limitación funcional, no dolor a la palpación sobre el foco de lesión, no hematomas, deformidad en el



foco de lesión. Se le diagnostica de luxación acromioclavicular y se le remite a consultas externas. Indicación correcta, que no precisaba intervención inmediata ya que la lesión está en fase crónica.

»3. (...) La actuación es correcta por ser una luxación inveterada y la indicación quirúrgica será más restringida. La limitación funcional por dolor es una indicación para la cirugía, en este caso sólo existe dolor no hay limitación funcional.

»4. Acude por voluntad propia a un centro privado y después de su evaluación clínica se procede a cirugía (...).”

**Tercero.-** Mediante escrito de fecha 9 de junio de 2004, notificado el 11 de junio, se concede trámite de audiencia al reclamante. No consta que éste, durante el plazo concedido, haya presentado escrito de alegaciones.

**Cuarto.-** Con fecha 22 de junio de 2005, la Dirección General de Desarrollo Sanitario remite al Servicio de Normativa y Procedimiento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León la propuesta de resolución de carácter desestimatorio.

Mediante escrito de 9 de agosto de 2005, el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria, por entender que tanto el diagnóstico como el tratamiento realizado al paciente ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*.

**Quinto.-** El 12 de agosto de 2005 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el



artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por 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.

**3ª.-** Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Hay que destacar que se ha producido una demora injustificada entre la interposición de la reclamación, en noviembre de 2002, y la propuesta de orden, en agosto de 2005. Todo ello en clara contradicción con lo dispuesto en el artículo 6 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, que establece la obligación de la Administración de impulsar de oficio, en todos sus trámites, el procedimiento, una vez admitida la reclamación del interesado.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.



**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh en xxxxx.

El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

**6ª.-** En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar, en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Debe destacarse, en primer lugar, que al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario la obligación es, en general, de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

En el presente caso, el reclamante alega que el primer diagnóstico de esguince acromioclavicular en hombro derecho, realizado en marzo de 2002 por la sanidad pública, fue erróneo, siendo el correcto el de luxación acromioclavicular realizado en abril de 2002 por la medicina pública y en mayo de 2002 por la medicina privada.

Por tanto, lo primero que debe analizarse es si este primer diagnóstico realizado por el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, en marzo de 2002, puede o no considerarse erróneo.

En este sentido podemos citar la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de fecha 10 de diciembre de 1996, en la que se establece respecto a un posible error de diagnóstico que "dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia, fueron aceptadas por la sentencia traída a casación, la cual razona que, en tal supuesto, se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la



verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica, y, de ello, resuelve no estimar la existencia de culpa en el facultativo que establezca una clara relación causal entre la opinión equivocada y la muerte de (...), cuyo juicio y respuesta no son irracionales, ni ilógicos y, por consiguiente, permanecen invariables en la casación”.

En el presente caso, de acuerdo con la historia clínica y el informe emitido por la Inspección Médica, obrante en el expediente administrativo tramitado, el reclamante presentaba dolor a la palpación a nivel de la articulación acromioclavicular y dolor a rotación interna forzada; se le realiza radiología de hombro y cervical, sin hallazgos de lesión ósea.

Asimismo, de acuerdo con lo señalado en el informe emitido por la compañía aseguradora, “a menudo el diagnóstico de una fractura no se establece inicialmente porque pasa desapercibida por su escasa sintomatología”. En el citado informe técnico se señala que “la luxación de la articulación acromioclavicular corresponde al 2,5-6,5 % de todas las luxaciones, es una enartrosis cuya movilidad está limitada por la cápsula articular y el ligamento coroclavicular. La lesión de esta articulación es por un mecanismo indirecto, en forma de caída o de golpe, sobre la región posterior y/o superior del hombro”. El informe explica que existen tres grados de lesión:

- Grado I, que corresponde a contusión o esguince. Se caracteriza porque existe dolor y aumento de volumen localizado en la articulación. El apoyo sobre el hombro produce dolor y en el examen físico no se observa mayor deformidad, y la radiografía no revela ningún aumento del espacio articular ni desplazamiento de la clavícula.

- Grado II, que corresponde a una subluxación acromioclavicular. En la misma el aparato cápsuloligamentoso se ha roto, los ligamentos coracoclaviculares están intactos, localmente hay aumento de volumen y hematoma y dolor al esfuerzo al levantar objetos pesados.

- Grado III, que corresponde con una luxación completa. El aparato cápsuloligamentoso y los ligamentos coracoclaviculares están rotos. En el examen físico impresiona la prominencia del extremo externo de la clavícula hacia atrás y hacia arriba.





De los datos antes mencionados, y en atención a los síntomas que presentaba el paciente, ha de concluirse, tal y como se señala en el informe de la compañía aseguradora, que el diagnóstico de urgencia es correcto, puesto que en ese momento no presentaba ninguno de los síntomas antes referidos a las luxaciones de grado II y III. Asimismo, en atención a lo señalado en dicho informe, así como en el emitido por la Inspección Médica, el tratamiento instaurado, consistente en reposo e inmovilización con pañuelo tres semanas y control por el facultativo de atención primaria, es también correcto.

Por tanto, el diagnóstico realizado en el Servicio de Urgencias el 2 de marzo de 2002 fue conforme a la *lex artis ad hoc*, puesto que en ese momento no presentaba ningún síntoma que evidenciara la existencia de luxación en lugar de esguince.

Sin que pueda llegarse a otra conclusión por el hecho de que no se encuentren las radiografías en el archivo, tal y como pone de manifiesto el Jefe del Servicio de Urgencias en su informe obrante al folio 33, y no se hayan podido valorar nuevamente. Que las radiografías se realizaron no es objeto de duda, ni siquiera por parte del reclamante, que no dice nada al respecto; su realización se desprende de los distintos informes que constan en el expediente administrativo, concretamente de los informes de urgencias, de los cuales una copia es para el paciente. El problema que plantea es que al no poderse valorar nuevamente puede determinar que surjan dudas sobre el diagnóstico realizado; no obstante, tal y como se señala en el informe emitido por la compañía aseguradora –obran a los folios 69 a 76– el diagnóstico en los traumatismos acromioclaviculares se realiza primero por una exploración física y se completa con la radiografía. De la exploración física realizada al paciente se desprende que el mismo, cuando acude a urgencias tras la caída, tenía movilidad funcional en la zona afectada y no se observaba mayor deformidad, lo que determina la imposibilidad de luxación.

**7ª.-** Respecto al segundo diagnóstico, esto es, “luxación acromio clavicular”, realizado cuando el paciente acude a urgencias del citado hospital el 18 de abril de 2002, también es correcto, y así lo entienden el paciente y el médico privado al que acudió en mayo de 2002. En este momento ha de destacarse que el paciente presentaba otros síntomas diferentes a los iniciales –de marzo de 2002–; concretamente, presentaba un dolor más intenso y deformidad en la articulación acromioclavicular. Además, ha de ponerse de



relieve que en la exploración física no hay limitación funcional ni dolor a la palpación sobre el foco de la lesión.

En este punto la discrepancia surge, no ya respecto al diagnóstico, sino respecto al tratamiento a seguir y a la tardanza en la remisión a consulta para su control posterior del tratamiento instaurado.

Al respecto ha de tenerse en cuenta que tras el diagnóstico de luxación realizado en urgencias el 18 de abril de 2002, el paciente fue visto en consulta de traumatología el 25 de abril, esto es, siete días después. En ese momento el paciente no presenta limitación funcional, y se opta por un tratamiento conservador y no por intervención quirúrgica. Habiendo sido citado nuevamente para consulta el día 25 de junio de 2002, el paciente no comparece, no constando tampoco que ni antes ni después de dicha fecha haya acudido a la medicina pública.

En el presente caso, el reclamante aduce que la actuación del facultativo que prescribió el tratamiento conservador no fue correcta, alegando como prueba de ello que cuando acudió a la medicina privada le prescribieron de forma inmediata someterse primero a una intervención quirúrgica, así como que la lista de espera para consulta y revisión era excesiva, y ello le obligó a acudir a la medicina privada.

En cuanto a si el tratamiento prescrito era o no correcto, hemos de señalar –como es sabido– que la medicina no es una ciencia exacta y que, por tanto, ante diagnósticos idénticos las posibilidades terapéuticas pueden ser diversas, sin que ello determine por si sólo que la actuación de los facultativos intervinientes sea contraria a la *lex artis*.

En el presente caso el reclamante no ha acreditado en modo alguno que el tratamiento prescrito desde la seguridad social fuera erróneo. La Inspección Médica, en su informe de fecha 22 de diciembre de 2003, señala que el tratamiento de la subluxación acromioclavicular es de tipo conservador, si no existe gran inestabilidad el tratamiento consiste en el uso de un cabestrillo amplio durante varias semanas, así como que raramente se requiere fisioterapia y que, por regla general, se obtiene un resultado excelente.



Es claro que en la medicina pública se optó por un tratamiento conservador. Se trata de usar, en primer lugar, las técnicas menos invasivas, y si éstas no consiguen el resultado esperado se adoptan otras potencialmente más agresivas, teniendo siempre presente, además, un criterio de proporcionalidad o prudencia de forma que, en la búsqueda de la salud del paciente, no se cause un daño mayor que aquel que se pretende evitar.

Tal como pone de manifiesto el informe de la compañía aseguradora, “la actuación es correcta por ser una luxación inveterada y la indicación quirúrgica será más restringida. La limitación funcional por el dolor es una indicación para la cirugía, en este caso sólo existe dolor no hay limitación funcional”.

**8ª.-** La última alegación de la parte reclamante, en este punto, se basa en la tardanza en ser remitida para consulta de traumatología, para el seguimiento del tratamiento conservador instaurado, el 25 de junio de 2002. Concretamente señala en la alegación sexta de su reclamación que “al darle cita para dos meses después y debido a que el dolor y la luxación imposibilitaban a xxxxx para el desempeño de su profesión, pues es panadero, no tuvo más remedio que acudir a otras vías para intentar solucionar el problema”.

Ante dicha tardanza opta por acudir, en mayo de 2002, a la medicina privada, sin especificar el día concreto, y es intervenido quirúrgicamente el 22 de mayo de 2002.

Al respecto, hemos de señalar que lo fundamental en orden a determinar si el soportar o no una lista de espera constituye o no un daño antijurídico, depende del caso concreto. Así, la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, en Sentencia de 29 de octubre de 2003, ya advierte que la existencia de las denominadas “listas de espera” es inevitable; “el llamado régimen `de cola´ es criterio –alumbrado de antiguo– que inspira la interpretación aplicativa de la regulación jurídica de los servicios públicos en general, y del servicio público sanitario, en particular. La disponibilidad de medios personales y materiales es siempre limitado, y con ello hay que contar. (...) No se trata, pues, de exigir a la Administración que disponga de medios ilimitados –lo que sería antijurídico por ir contra la naturaleza de las cosas y hasta contra el mismo sentido común– sino de probar que los medios materiales y personales disponibles, dentro del sistema estaban operativos y



ocupados en atender a pacientes que habían entrado antes en el sistema por ocupar un puesto anterior en la cola”.

Continúa señalando esta misma Sentencia “que para la prestación del servicio sanitario la Administración tiene un deber de puesta de medios, pero dispone de unos medios materiales y humanos limitados, medios que gestiona y con los que tiene que atender, en función de la organización sanitaria cierto número de beneficiarios. En este contexto la llamada lista de espera es una realidad en sí jurídica y como tal tiene su previsión legal. Así se deduce, por ejemplo, del artículo 16.2 de la Ley 4/86, de 25 de abril, General de Sanidad en relación con el artículo 28.2 del RD 521/87, de 15 de abril, sobre Hospitales gestionados por el INSALUD; también se refleja en la OM de 1 de marzo de 1999 o en el acuerdo 4º de la Resolución de 26 de octubre de 1998; es más, algunas normas autonómicas regulan esa realidad como es la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, o la Ley 2/1989, de 1 de abril del Servicio Aragonés de Salud. (...). Que desde la juridicidad de la lista de espera y al margen del reintegro de gastos, en centros privados, cabe entender que serán daños jurídicos, luego existe el deber jurídico de soportarlos, los que se refieran a las molestias de la espera, precauciones y prevenciones que hay que tener en tanto llega el momento de la intervención, la desazón que implica o la rebaja que esto suponga en calidad de vida por controles o vigilancia del padecimiento hasta la operación. Por contra el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que sin llegar a anular, sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada”.

Desde otro punto de vista, el Tribunal Supremo ha tenido ocasión de manifestar que los usuarios de los servicios del sistema sanitario público no tienen derecho a elegir entre la medicina privada y la pública, al recordar que la obligación asistencial tiene unos límites coherentes con los principios de eficacia, igualdad en los servicios prestados y limitación de medios, en un sistema de proyección a una cobertura de vocación universal. El acudir a la medicina privada tiene carácter excepcional a justificar por el beneficiario ante los tribunales, quienes deberán proceder con criterio cauteloso con la finalidad de evitar conceder el reintegro de cantidades devengadas por cuidados médicos en clínicas privadas, los que pudieron ser prestados en instituciones de la



Seguridad Social, que disponen de medios técnicos y humanos muy cualificados, siendo éstos marginados o dejados de la lado, en la mayoría de las ocasiones, en base a decisiones arbitrarias o por intereses profesionales, o de excesivo, aunque humanamente comprensible, afán familiar de agotar todo tipo de posibilidades terapéuticas (Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de diciembre de 1988, RJ 1988/9888).

Expuesta la doctrina sobre la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria en relación con las denominadas “listas de espera”, pasamos a examinar si en el expediente remitido concurren o no los requisitos exigidos para dar lugar a la responsabilidad que se reclama.

Del informe de la Inspección Médica se extrae que no estamos ante un supuesto de urgencia vital que precisara de una actuación sanitaria inmediata. Asimismo, en el informe técnico de la compañía aseguradora se señala que “no precisaba intervención inmediata ya que la lesión está en fase crónica”.

Ante el tratamiento señalado por la medicina privada, o ante un posible empeoramiento de su situación, el reclamante pudo acudir a la medicina pública, y no optar directamente por abandonarla, máxime cuando no consta acreditada la existencia de urgencia vital en los términos exigidos legal y jurisprudencialmente, así como tampoco error de diagnóstico o de tratamiento en los términos antes expuestos, ni desidia o negación de asistencia por parte de la medicina pública en la atención sanitaria prestada al reclamante.

En este mismo sentido ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo Consultivo en sus Dictámenes 180/2004, de 22 de abril, y 308/2004, de 16 de junio, entre otros.

En consecuencia, hemos de entender que el paciente recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el diagnóstico inicial y el posterior fueron correctos y las actuaciones seguidas al respecto adecuadas, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*. A la luz de las pruebas practicadas debe entenderse que el tratamiento médico pautado fue el correcto, no apreciándose mala praxis, así como que no estaba justificado desde el punto de vista médico que acudiera a la medicina privada.



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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