



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 8 de marzo de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. 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 13 de febrero de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 15 de febrero de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 101/2007, 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. Nalda García.

Primero.- Mediante escrito presentado en la Gerencia de Salud de Área de xxxxx el 15 de octubre de 2003, D. xxxxx formula una reclamación de los



daños y perjuicios ocasionados por un error de diagnóstico después de dos ingresos en el Hospital hhhhh de xxxxx. Solicita el pago de las cantidades abonadas en la Clínica ccccc de xxxxx (28.865,85 euros).

Segundo.- D. xxxxx, de 70 años en el momento de los hechos, presenta como antecedentes personales ser ex fumador importante (dos paquetes al día hasta dos años antes); trabajador de la minería del carbón durante siete años y en una fábrica de cerámica-ladrillo durante quince años; bebedor de 40 gr de alcohol al día; presenta igualmente hipertrigliceridemia, hipertensión arterial así como criterios clínicos de bronquitis crónica.

El 6 de febrero de 2003 acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh por un cuadro de cuatro o cinco días de evolución de disnea de mínimos esfuerzos, acompañado de fiebre de 39°C, dolor costal derecho de características pleuríticas y aumento de la tos con expectoración blanquecina espesa. Se recoge que el paciente refiere edemas en piernas, brazos y cara desde hace un mes. Desde hace dos meses presenta pérdida de peso, astenia y pérdida de apetito. En la exploración física tiene una temperatura de 38°C, en las extremidades inferiores presenta edemas con fóvea hasta rodillas y discretos edemas en las manos. En los análisis hemoglobina de 10,8 g/dl, Hto: 32,8%, VCM de 80,6; 11030 leucocitos, 461000 plaquetas/mm³, CPK de 410 con una fracción MB de 13,9, GOT de 49, GPT 45 Y LDH de 649. Gasometría en la que presenta un pH de 7,52, pO₂ de 61, pCO₂ de 31 y bicarbonato de 26,8. Ingresa en medicina interna.

En la exploración realizada en planta destaca la presencia de crepitantes tipo "velero" en bases y en las extremidades edemas organizados con esclerodactilia. Como diagnóstico se señala la presencia de un síndrome general, infiltrado intersticial bilateral y síndrome febril. Se inicia tratamiento con diuréticos, bromuro de ipatropio, un protector gástrico, levofloxacino y heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica. El paciente evoluciona de forma favorable remitiendo la disnea y el malestar general. Presenta episodio intercurrente de diarrea (coincidiendo con varios casos en la planta) que se resuelve con tratamiento dietético. Se realiza estudio de la anemia del paciente mostrando una ferrocinética compatible con anemia de trastorno crónico. La radiografía de tórax se describe como normal. En el ecocardiograma se señala la presencia de moderada hipertrofia de ventrículo izquierdo con dudosa hipoquinesia apical e insuficiencia mitral ligera. Se realiza un estudio



esofagogástrico con contraste baritado, por preferir el paciente no realizarse una endoscopia, que se describe como normal presentando únicamente un probable reflujo gastroesofágico. Se realiza una colonoscopia encontrando un pólipo de colon que se extirpa y una colitis inespecífica. Con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, cardiopatía hipertensiva, anemia ferropénica y poliplectomía de colon es dado de alta el 25 de febrero de 2003 en tratamiento con ramiprilo, carvedilol, furosemida, pantoprazol y hierro oral.

El 26 de febrero es valorado por su médico de primaria que anota un breve resumen del motivo del ingreso y señala que se debe repetir hemograma a finales de abril. El 28 de febrero se señala que persiste algo de tos y se pauta un mucolítico.

El 4 de marzo de 2003 acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh por recaída de su proceso con aumento de la disnea sobre todo nocturna y febrícula. En la exploración física presenta crepitantes bilaterales en la auscultación pulmonar. Se solicita consulta a cardiología. El cardiólogo recoge que lleva desde el alta con disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea y febrícula de 37-37, 5°C y tos frecuente con expectoración blanquecina que desde hace 24 horas es amarillenta. Señala que en los análisis presenta CPK con CPK-MB elevadas con troponina 1 normal. El electrocardiograma es similar a los previos y en la radiografía de tórax tiene cardiomegalia y patrón intersticial de predominio en bases. El diagnóstico es de cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca leve y síndrome febril. Se recomienda tratamiento con diurético y sustituir el IECA por un ARAII. Se realiza un TC torácico helicoidal que descarta la presencia de un tromboembolismo pulmonar, mostrando pequeño derrame pleural bilateral, enfermedad intersticial leve y pequeñas zonas periféricas con atenuación en vidrio deslustrado y pequeñas adenopatías mediastínicas de hasta 15 mm. Se señala como diagnóstico inicial a valorar el de insuficiencia cardíaca. El paciente ingresa nuevamente en el Servicio de Medicina Interna.

En la planta de Medicina se comprueba la presencia de anemia, ligera trombocitosis, una VSG de 34, hipoproteinemia, aumento de la CPK, GOT, GPT, LDH, ferritina y PCR. Se comprueba la negatividad del factor reumatoide y las serologías de hepatitis. Proteinuria de 0,98 g/l, hemorragias ocultas en heces positivas en 2 de 3 determinaciones. Se realiza ecografía abdominal en la que únicamente se aprecian granulomas hepáticos. Se recibe el resultado de anatomía patológica de la poliplectomía realizada con anterioridad siendo el



resultado de pólipo túbulo-veloso con displasia epitelial moderada. La evolución una vez más es favorable con tratamiento diurético presentando en la radiografía de control el día 12 de marzo de 2003 una moderada mejoría respecto a la del ingreso, aunque persiste patrón intersticial bilateral y líneas de cisuritis. Es dado de alta el 18 de marzo de 2003 con el diagnóstico de EPOC reagudizado, pneumoconiosis, adenoma túbulo-veloso, insuficiencia cardiaca, cardiopatía hipertensiva y anemia ferropénica. Se programa revisión en la consulta de medicina interna en tres meses y se señala que debe ser controlado también en atención primaria.

El 25 de marzo es valorado en la consulta de primaria, señalando que se encuentra mal, con astenia importante, anorexia y pérdida de peso. No tiene fiebre. Se solicitan nuevos análisis. En ellos se aprecia una discreta mejoría de la anemia, no existiendo ningún dato nuevo respecto a los realizados con anterioridad.

El 8 de abril de 2003 se le valora con los resultados de los análisis, persiste febrícula de 37,2°C, astenia y anorexia. No objetivado disminución de peso. Se anota a mano: "Conclusión, paciente con anemia ferropénica de origen no filiado + síndrome febril de origen no filiado + síndrome general".

El paciente ingresa el 13 de abril de 2003 en la Clínica cccc de xxxx (cccc) para estudio de anemia ferropénica y síndrome constitucional. En la historia que se recoge en el informe de alta se refleja cuadro de inicio en noviembre de 2002 de astenia y edemas en miembros inferiores, manos y cara. Desde entonces deterioro del estado general con pérdida progresiva de 10 kg de peso. Se recogen los dos ingresos en el Hospital hhhhh y que los edemas habían mejorado en marzo de 2003. A su ingreso en la cccc persiste febrícula y astenia intensa de predominio en piernas a nivel gemelar, limitando la deambulación el dolor a dicho nivel que mejora con el reposo. No presenta edemas en ese momento. En la exploración física presenta crepitantes en base derecha. En las extremidades inferiores presenta notable sequedad de piel y acartonamiento/esclerosis de la misma, así como endurecimiento de las extremidades superiores. Se repiten diversas pruebas ya realizadas previamente.

Se realiza el diagnóstico de esclerodermia con afectación motora esofágica, fibrosis pulmonar, miocardiopatía restrictiva con serositis y miopatía



necrotizante. Se inicia tratamiento con ciclofosfamida en bolos, corticoides y MESNA. Es dado de alta el 30 de abril de 2003.

El 19 de mayo reingresa en la ccccc de forma programada. Refiere mejoría sintomática con ganancia de peso. En los análisis mejoría discreta de la anemia y descenso del número de plaquetas y en la radiografía persiste infiltrado intersticial que se puede poner en relación con múltiples etiologías. Se administra segundo ciclo de ciclofosfamida. Es dado de alta el 21 de mayo de 2003. El 20 de junio ingresa nuevamente para administración de tercer ciclo de ciclofosfamida comprobándose la presencia de úlcera isquémica en base del primer dedo del pie izquierdo con estenosis en la poplítea derecha y obstrucción femoral superficial derecha con buena recanalización poplítea distal. Es dado de alta el 26 de junio. El 8 de julio es intervenido en la ccccc realizándosele bypass femoropoplíteo. En el postoperatorio presenta dehiscencia de la herida y linforragia.

Tercero.- Al expediente se ha incorporado los siguientes documentos de interés:

- Historia clínica del paciente.
- Informe del Dr. ddddd, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital hhhhh, de fecha 21 de noviembre de 2003.
- Informe de la Inspección Médica, de fecha 23 de enero de 2004.
- Informe realizado a instancia de sssss, compañía aseguradora de SACyL, por los Dres. aaaaa e bbbbb, el 9 de marzo de 2004.

Cuarto.- Concluida la instrucción del expediente, mediante escrito de 21 de abril de 2004 (notificado el 22 de abril de 2004), se da audiencia del mismo al interesado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, sin que conste en el expediente que durante el plazo concedido al efecto se hayan presentado documentos o formulado alegación alguna.



Quinto.- El 9 de enero de 2007 el Director General de Administración e Infraestructuras formula propuesta desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

Sexto.- El 16 de enero de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de resolución 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.

No obstante, es preciso señalar una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación se registró el 15 de octubre de 2003, hasta el día 9 de enero de 2007 no se dictó la propuesta de resolución (informada por la Asesoría Jurídica el 16 de enero), lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de los principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad,



eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante 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.

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, 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 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, según el cual, "en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 efecto, consta que la reclamación se planteó el 15 de octubre de 2003, esto es, antes de transcurrir un año desde el momento en que se produjeron las actuaciones de las que se derivaron los gastos por los que reclama, las cuales tuvieron lugar entre abril y agosto de 2003.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado



de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer:

“La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una «obligación de medios», es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En ese mismo sentido se ha pronunciado el Tribunal Supremo en Sentencias de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000.

Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala:

“Aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto



contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las



reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, es preciso determinar si ha existido una infracción de la *lex artis ad hoc*, entendida en los términos expuestos, como punto de partida necesario para determinar si estamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica.

El interesado plantea su reclamación basándose en la existencia de un error en el diagnóstico que, en relación con su enfermedad, se había determinado en el Hospital hhhhh de xxxxx, circunstancia que motivó el que optase por la medicina privada acudiendo a la Clínica ccccc de xxxxx (cccc) donde, según el reclamante, se le diagnosticó y trató correctamente.

Ahora bien, de acuerdo con el contenido de los informes que obran en el expediente, no puede concluirse que el tratamiento que se dispensó al paciente fuera inadecuado, ni que las actuaciones llevadas a cabo en el mismo puedan considerarse contrarias a la *lex artis*.

Así, en cuanto al error de diagnóstico que el paciente denuncia haber sufrido, los informes coinciden en señalar que en muchas ocasiones para llegar a obtener un diagnóstico definitivo, es necesario realizar numerosas pruebas y pautar tratamientos que, a la vista de los resultados obtenidos con ellos, puedan definir el cuadro presentado por el paciente.

En este sentido, resulta relevante lo expuesto por la Inspección Médica en su informe emitido, en el que señala: "La esclerodermia o esclerosis sistemática, diagnóstico principal realizado en la Clínica ccccc de xxxxx y al que se atribuye casi todos los demás cuadros que presentó el paciente, es una



enfermedad colágeno-vascular de etiología desconocida, con afectación multisistémica y cuyo diagnóstico se establece mediante integración de los datos clínicos, analíticos y de exámenes complementarios, ya que no existen criterios diagnósticos aplicables a pacientes individuales ni útiles para el diagnóstico diferencial”.

Añade el informe que “la esclerosis sistémica es una enfermedad muy poco frecuente (entre 30 y 240 casos por millón de habitantes de prevalencia), más frecuente en mujeres que en varones de 3:1 a 8:1). Por ello no es previsible que en el inicio de los síntomas se valore su existencia, ya que los médicos deben iniciar la búsqueda de las patologías más frecuentes. Además la sintomatología cutánea no fue apreciada como característica en el momento del estudio; varias veces se habla de edemas de manos y piernas, con fovea, o de edema organizado, y se relaciona con insuficiencia cardíaca. Que posteriormente se encontraron cambios típicos se explica por la evolución de la enfermedad cutánea, que a veces es rápida. Ya se ha señalado que es fundamental en el diagnóstico la existencia de afectación cutánea típica o enfermedad de Raynaud (que no existía tampoco)”.

Por su parte, en el informe emitido a instancia de la compañía aseguradora se indica que “el diagnóstico al que se llega en la ccccc se basa en las exploraciones y diagnósticos alcanzados previamente en el Hospital hhhhh y en la propia evaluación del paciente desde la fase edematosa a la indurativa de la afectación cutánea lo que hace mucho más sencillo orientar el diagnóstico.

»Los diagnósticos alcanzados en el Hospital hhhhh no son contradictorios con los alcanzados en la ccccc y de hecho el tratamiento de mantenimiento pautado es coincidente”.

Por todo ello, puede afirmarse que la situación del paciente cuando acudió a la clínica privada no era la misma que cuando fue tratado en el Hospital hhhhh, ya que en la exploración que se le hizo en la clínica se observa acartonamiento y esclerosis de la piel de extremidades inferiores, así como endurecimiento de la piel de las extremidades superiores, constituyendo estas manifestaciones síntomas que, aunque no eran concluyentes, sí eran más expresivos de la dolencia que le fue diagnosticada en el centro privado y que no existían durante el tiempo que fue tratada en el Hospital hhhhh.



En este sentido se pronuncian los doctores aaaaa e bbbbb, quienes afirman que “el diagnóstico alcanzado en la ccccc se basa en la valoración realizada previamente por el enfermo en la medicina pública, así como en la evolución de la enfermedad que permite aportar nuevos datos al proceso diagnóstico. Los médicos del Hospital hhhhh no pudieron disponer de este valioso dato de evolución al decidir el paciente abandonar la medicina pública”.

A la luz de lo expuesto no puede concluirse que existiera un error en el diagnóstico realizado en el Hospital hhhhh, donde fue examinado exhaustivamente y se le practicaron todas las pruebas que se consideraron convenientes teniendo en cuenta los síntomas que presentaba durante el tiempo en que fue tratado en la sanidad pública. En todo caso, puede hablarse de la existencia de un diagnóstico incompleto que no pudo completarse debido a la voluntad del paciente de acudir a la sanidad privada en un momento en el que la presencia de síntomas más concluyentes de la enfermedad que presentaba posibilitó hacer un diagnóstico más preciso de la dolencia presentada.

Y ello, sin perjuicio de considerar, según la opinión de los doctores de la aseguradora, que “el diagnóstico alcanzado en la ccccc no constituye un diagnóstico de certeza pues como se detalla en las consideraciones existen diversos datos que pueden hacer dudar sobre el mismo, o al menos plantear otras hipótesis diagnósticas alternativas o complementarias”.

Por ello, descartada la existencia de un error en el diagnóstico emitido en el Hospital hhhhh, y teniendo en cuenta que según los informes obrantes en el expediente “en ningún caso la situación del paciente cuando decide acudir a la medicina privada se puede catalogar de crítica o de urgencia vital”, no puede justificarse que los gastos devengados como consecuencia de la asistencia en la Clínica ccccc de xxxxx deban ser asumidos por la Administración autonómica en concepto de responsabilidad patrimonial, pues al igual que la paciente pudo solicitar una segunda opinión médica en el ámbito de la sanidad pública, no tiene derecho de elección entre los servicios de la medicina pública y los de la medicina privada.

Aun en el supuesto de considerar que el tratamiento prestado en la sanidad privada fuera adecuado y solucionara de modo efectivo el problema del paciente, no es causa que para poner en entredicho las actuaciones llevadas a



cabo por los distintos facultativos que intervinieron en su curación, ni la asistencia recibida por el paciente en el Hospital hhhhh, puesto que, atendiendo a los datos que obran en el expediente, se considera adecuada y ajustada a la *lex artis ad hoc*, no pudiendo, por tanto, establecer un nexo causal directo e inmediato entre los gastos soportados por el paciente y el funcionamiento del servicio público sanitario.

Por tanto, el Consejo Consultivo comparte el sentido desestimatorio de la propuesta formulada por la Consejería de Sanidad en el supuesto sometido a dictamen.

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 D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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