



Sr. Madrid López, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 1 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 15 de enero 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 Centro de Atención Primaria de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 17 de enero de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 26/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, 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. Quijano González.

Primero.- El 22 de octubre de 2003, D. xxxxx, representado por D. yyyyy, presenta en la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en xxxxx una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios



derivados de la asistencia sanitaria prestada. Después de relatar los hechos señala:

“Se ha producido en este caso una clara negligencia en la actuación de la médico de cabecera Dra. Dña. mmmmm del Centro de Atención Primaria de xxxxx y del Dr. D. ddddd, médico de guardia del mismo centro, que atendieron el día 16 de enero de 2002 a D. xxxxx, en cuanto a permitir que se produzcan los hechos relatados, y que han sido determinados previamente, mediante una actuación grosera, según la *lex artis ad hoc*, lo que ha provocado un daño, en este caso, un tardío diagnóstico y abordaje de la patología cardíaca que sufría, produciéndole unas secuelas por necrosis debidas al IAM inferior evolucionado, en una clara relación causal entre la deficiente actuación y el resultado dañoso.

»El resultado de secuelas por necrosis debidas al IAM inferior evolucionado son desproporcionadas a la edad y la evolución de su situación física de haber recibido tratamiento adecuado y haber sido convenientemente abordado en su momento, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla *res ipsa loquitur*.

Concluye solicitando 252.426 euros en concepto indemnizatorio por las secuelas y el lucro cesante.

Acompaña a la reclamación diversa documentación médica relativa a la asistencia sanitaria prestada al reclamante, así como a su evolución posterior (secuelas, etc.). Los hechos más relevantes de la presente reclamación pueden resumirse de la siguiente forma:

Segundo.- Los hechos más relevantes de la reclamación pueden resumirse de la siguiente forma:

El 16 de enero de 2002 el reclamante (42 años, con antecedentes personales de fumador importante, hipertensión arterial sin tratamiento e hipercolesterolemia) acude a su Centro de Salud de xxxxx, a las 14,45 horas, fuera del horario de consultas (9,30 a 14 horas). Es atendido por la Dra. ppppp, al no encontrarse su médico de cabecera, que le estaba asistiendo de una gripe



los días anteriores. No consta en la historia clínica reflejo documental de esta visita.

Ese mismo día, a las 22 horas aproximadamente, acude nuevamente al centro de salud para ser atendido de forma urgente, indicándose como motivo de la consulta: "dolor torácico opresivo, que irradia hacia el cuello en paciente con antecedentes de HTA sin controlar y con gripe desde hace 5 días". Inmediatamente después de las palabras "dolor torácico opresivo", y a una altura ligeramente superior, aparece escrita en el parte la palabra "ayer". En la exploración física presenta una tensión arterial de 150/100 y crepitantes finos en bases en la auscultación pulmonar. Se le practica un electrocardiograma, que describe un ascenso del ST en la cara inferior y un descenso en las derivaciones II y aVL. En el registro de las derivaciones precordiales se aprecia un descenso del ST de V2 a V4. El juicio diagnóstico es: "¿pericarditis?". Se administra una cafinitrina sublingual y se deriva al paciente al hospital, traslado que efectúa el paciente con sus propios medios (acompañado por su hijo).

Una vez en el servicio hospitalario de urgencias (23 horas) el paciente debe esperar 50 minutos para ser atendido. Se confirman los hallazgos electrocardiográficos y se comenta el caso a la UCI con la sospecha de IAM. Exploración física sin hallazgos relevantes. En el electrocardiograma se describe ascenso del ST en II, III y aVF, onda Q en cara inferior y descenso del ST en I, aVL y de V1 y V3 con T negativa en la cara inferior. La CPK es de 4453, la troponina de 2,92 y la mioglobina de 713,1. Se inicia antiagregación, anticoagulación y tratamiento con betabloqueantes. Durante las primeras horas refiere dolor torácico compatible con pericarditis (síndrome de Dressler precoz) por lo que se suspende anticoagulación y se inicia aspirina a altas dosis. Se realiza ecocardiograma que constata una fracción de eyección del 57%. El paciente llega a presentar derrame pleural bilateral, que requiere asociación de nuevos antiinflamatorios a la aspirina. La mejoría del paciente permite su traslado a la planta de medicina interna el 21 de enero de 2002.

En el Servicio de Medicina Interna se refleja que el paciente no ha vuelto a tener dolores anginosos predominando sintomatología pericardítica con fiebre alta.

El 12 de febrero se practica coronariografía, apreciándose oclusión del segmento medio terminal de la circunfleja dominante, y una estenosis



moderada (50%) de la coronaria derecha en su segmento proximal. Existe aquinesia inferior y póstero-basal con una fracción de eyección del 52%.

Los diagnósticos al alta (13 de febrero de 2002) son de IAM inferior con aquinesia inferior y posterobasal y función sistólica global en el rango inferior de la normalidad, cardiopatía isquémica con enfermedad de 2 vasos, pericarditis postinfarto y elevación del hemidiafragma derecho.

Desde el 18 de abril de 2002 es vigilado por la Inspección Médica. El 13 de mayo se le realiza SPECT de perfusión miocárdica objetivándose un defecto fijo (necrosis) inferior e inferoposterior con ausencia parcial de miocardio viable en la cara inferior.

El 23 de diciembre de 2002 es valorado en consulta, presentando disnea de esfuerzo ocasional y palpitations aisladas.

El 16 de enero de 2003 se extiende por parte de la inspección parte de alta por agotamiento del periodo de permanencia en la situación de incapacidad temporal.

En la sesión del EVI del 13 de febrero de 2003 se deniega la incapacidad permanente por presentar lesiones no invalidantes.

El 4 de marzo de 2003 su médico de cabecera emite un informe a petición del interesado, señalando que en el último ecocardiograma (noviembre de 2002) presenta una contractilidad global conservada con una fracción de eyección del 60%. Se refleja, además, que durante el último año refiere ansiedad e insomnio. Disnea de moderados esfuerzos sin otra sintomatología acompañante ni hallazgos en la exploración física.

El 2 de abril de 2003 la inspección habla nuevamente con su médico de cabecera, que refiere que ha acudido en varias ocasiones a urgencias por dolor torácico no cardíaco y ansiedad importante.

El 29 de abril de 2003 se recoge que se le ha denegado por el EVI la incapacidad permanente absoluta.



El 9 de mayo de 2003 se recoge que la médica sustituta de atención primaria encuentra al paciente con mucha ansiedad, y con problemas socioeconómicos. Por parte de la inspección se acepta conceder incapacidad temporal y derivar al centro de salud mental.

El 1 de julio de 2003 es diagnosticado de trastorno de angustia reactivo a conflicto familiar, económico y supuestamente orgánico. Se pauta tratamiento ansiolítico.

El 10 de agosto de 2003 acude al Servicio de Urgencias del Hospital por un cuadro de dolor torácico de menos de un minuto de duración sin nuevos hallazgos en el electrocardiograma y que es catalogado de dolor torácico en probable relación con ansiedad.

El 2 de diciembre de 2003 se deniega la incapacidad permanente en nueva sesión del EVI.

Tercero.- En el expediente constan los siguientes informes de unidades médicas y profesionales:

- Informe de 18 de noviembre de 2003 de la Dra. ppppp, del Centro de Salud de xxxxx.

- Informe de 17 de noviembre de 2003 del Dr. rrrrr del mismo centro de salud. Del mismo cabe destacar, entre otros aspectos, el siguiente punto:

"1º. El dolor torácico y el correlato vegetativo tuvieron lugar 24 horas antes de la atención. Eso se puede leer claramente en mi informe donde consta con mayúsculas la palabra "ayer" detrás de la palabra "opresivo". Así pues, el paciente miente cuando dice que el dolor lo sintió la noche del 16/01/2002, y este extremo también se puede deducir de la lectura del informe de Alta de la UCI: «la noche del 16/01/2002 sobre las 23 h...» (...) «el dolor no cede durante todo el día» ¿qué día?: pues claramente las horas que transcurren entre las 23 h del 15/01/2002 y las 23 h del 16/01/2002. Es imposible que sintiera el dolor a las 23 h del 16/01/2002 y acudiera al Centro de Salud por 1ª vez a las 14,45 h del mismo día.



»Todo lo expuesto hasta ahora es fundamental para explicar las secuelas que padece el usuario y las dudas diagnósticas más posteriores.

»Por tanto: El cuadro se inicia a las 23 h del día 15/01/2002, y el paciente es visto y atendido en el Centro de Salud por segunda vez 24 horas más tarde, cuando las secuelas están establecidas y no es posible instaurar fibrinolisis (hay 12 horas de margen). Por cierto, la situación sería exactamente la misma cuando acudió por primera vez”.

- Informe de 17 de noviembre de 2003, del enfermero D. eeeee.

- Informe de 18 de febrero de 2004 de la Inspección Médica, emitido por Dña. iiii. Realiza las siguientes consideraciones:

“El paciente que manifiesta en la reclamación que en la mañana del 16 de enero de 2002 sufrió fuerte dolor torácico siendo que este ocurrió por la noche del día anterior, no manifestó al médico general el episodio sufrido el 15 de enero de 2002 según informa la médico que le asistió.

»Sin dicho episodio; acudiendo a consulta a las 14,45 horas por no abandonar el trabajo, acudiendo al Centro de Salud a su médico general que venía atendiéndole de gripe los días anteriores; tras la exploración correspondiente y anamnesis, es consecuente el diagnóstico de gripe y la indicación de acudir siguiendo la sistemática asistencial, en su caso a la consulta a las horas reglamentarias, ya que había acudido a consulta tras finalizar la misma.

»El paciente que debió acudir a urgencias en la noche del 15 de enero de 2002 acudió la noche del 16 de enero de 2002. No pudo con esto beneficiarse del tratamiento fibrinolítico que es capaz de frenar y/o evitar la necrosis miocárdica. (Doc. 5 Hª Clínica).

»Tampoco hubiera sido candidato al mismo de haber sido remitido al Hospital tras acudir al Centro de Salud a las 14,45 horas.

»Se trató de un cuadro de Cardiopatía isquémica. I.A.M. inferior evolucionado y Síndrome de Dressler Precoz según informe de la



Unidad de Cuidados Intensivos en su juicio clínico del alta a 21 de enero de 2002.

»La Hemodinámica de fecha 12 de febrero de 2002 mostró lesión de dos vasos, fracción de eyección 52%, normal, aquinesia diafragmática y aquinesia posterobasal.

»El diagnóstico funcional de fecha 13 de mayo de 2002 aporta un juicio clínico de defecto fijo (necrosis) inferior e ínfero posterior y ausencia parcial de miocardio viable en cara inferior.

»La ecografía de fecha 3 de octubre de 2002 muestra contractilidad global conservada, fracción de eyección 0,60”.

La conclusión del informe es: “El paciente fue asistido adecuadamente”.

- Informe de 30 de abril de 2004 de los doctores aaaaa e ññññ, con las siguientes conclusiones:

“1. D. xxxxx consultó en la mañana del 16 de enero en su Centro de Salud sin estar citado por un cuadro de dolor torácico que desde el punto de vista clínico no presentaba datos que sugirieran patología grave.

»2. La valoración realizada la noche del 16 de enero en el Centro de Salud es correcta y el diagnóstico alcanzado también, aunque el mismo no es completo.

»3. El hecho de no haber realizado un electrocardiograma en su atención inicial, lo incompleto del diagnóstico, el hecho de que el traslado no se realizase en ambulancia medicalizada y el retraso de 50 minutos en iniciar su atención en el Hospital de xxxxx no tiene ninguna influencia en el pronóstico del enfermo.

»4. La afirmación anterior se basa en que ya desde el primer momento el cuadro llevaba más de 12 horas de evolución por lo que incluso en el caso de haberse realizado el diagnóstico de IAM en el primer



momento no se podría haber aplicado terapia de reperfusión, única que ha demostrado mejorar el pronóstico al reducir el área de infarto.

»5. La evolución del paciente ha sido favorable desde el punto de vista cardiológico presentando una prueba de esfuerzo negativa (lo que presupone además una adecuada capacidad funcional), no habiendo presentado nuevos episodios de angina, ni datos de disfunción ventricular.

»6. La patología psiquiátrica del paciente, por la que se ha prolongado la situación de incapacidad temporal, parece responder más a conflictos familiares y económicos que a su situación cardiológica que como ya hemos señalado no parece limitante”.

Cuarto.- Consta en el expediente un escrito dirigido a la Gerencia de Salud del Área de xxxxx en el que se comunica que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil estudió la reclamación sobre indemnización de daños, determinando finalmente rehusarla.

Quinto.- Con fecha 8 de junio de 2004, de conformidad con 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, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, concediéndose un plazo de quince días para formular alegaciones y aportar documentos.

Notificado el 10 de junio de 2004 a la parte reclamante, ésta remite escrito de 10 de junio de 2004 con el siguiente contenido: “(...) informo que fue presentado Escrito Anuncio de Recurso Contencioso-Administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Burgos de fecha 26 de abril de 2004”.

Sexto.- Con fecha 5 de diciembre de 2006, el Director General de Administración e Infraestructuras firma la propuesta de resolución del expediente, formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

Séptimo.- El 14 de diciembre de 2006 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.

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.

La parte interesada 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.

5ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo considera que la documentación obrante en el expediente conduce a desestimar la reclamación presentada.



El asunto ha de analizarse, en primer lugar, tomando como referencia la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/2002, 82/2002, 3657/2002 y 3623/2003).

Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios –recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

La doctrina expuesta, aplicada al caso que nos ocupa, conduce a las siguientes reflexiones que se exponen a continuación.

Si nos atenemos al informe de la Inspección Médica, la atención prestada al reclamante –en la primera visita– habría sido correcta, concluyendo que “el paciente fue asistido adecuadamente”. Previamente, basándose en que el paciente no manifestó al médico general el episodio de dolor torácico del 15 de



enero de 2002, en que venía siendo tratado de gripe, y en la exploración y anamnesis, el informe citado señala que “es consecuente el diagnóstico de gripe y la indicación de acudir siguiendo la sistemática asistencial, en su caso a la consulta a las horas reglamentarias”.

En línea con estas conclusiones estaría la consideración del informe de los doctores aaaaa e ñññññ, según la cual “con la información que aportó el paciente a la médico que la atendió, resultaba imposible sospechar una etiología potencialmente grave de su sintomatología, por lo que su actitud al relacionar los síntomas con el cuadro gripal y recomendar el mantenimiento del tratamiento, y consultar nuevamente si persistían las molestias parece correcta”. Y, además, la conclusión 1 de su informe, que dice que “D. xxxxx consultó en la mañana del 16 de enero en su Centro de Salud sin estar citado por un cuadro de dolor torácico que desde el punto de vista clínico no presentaba datos que sugirieran patología grave”. En definitiva, lo anterior justificaría el cumplimiento y respeto de la *lex artis* en esa primera visita, que es la que, conforme se desarrollaron los acontecimientos, podría haber sido más determinante respecto a un posible retraso de diagnóstico y tratamiento de la dolencia cardíaca del paciente.

Sin perjuicio de lo anterior, debe ponerse de manifiesto que arroja una sombra de duda sobre el respeto a la *lex artis*, en esa primera visita, la consideración que efectúa el informe de los doctores aaaaa e ñññññ, que refiriéndose a ella señalan también que “la realización de un electrocardiograma en esa visita solo hubiera estado justificado por los antecedentes del paciente (fumador, hipertensión arterial no tratada e hipercolesterolemia)”, frase ésta que pudiera dar lugar a entender que, puesto que el paciente tenía esos antecedentes, debió efectuársele un electrocardiograma. No obstante, es susceptible de discusión si esa apreciación de los doctores es suficiente para entender vulnerada la *lex artis*, teniendo en cuenta los comentarios antes citados favorables a que se respetó y las circunstancias que rodearon a esa primera visita.

Mas incluso suponiendo que debiera haberse efectuado un electrocardiograma en dicha visita, los informes no permiten llegar a una solución estimatoria de la reclamación. Así, el referido informe dice: “En todo caso la práctica de un electrocardiograma en este momento tampoco hubiera cambiado el pronóstico del paciente, pues como posteriormente se recoge en el



informe de la UCI que el paciente llevaba 16 horas de evolución de su sintomatología con lo que no estaría indicado el tratamiento de reperfusión, siendo éste el único que ha demostrado mejorar el pronóstico al reducir el tamaño del área infartada”.

Además las conclusiones 3 y 4 de dicho informe son las siguientes:

»3. El hecho de no haber realizado un electrocardiograma en su atención inicial, lo incompleto del diagnóstico, el hecho de que el traslado no se realizase en ambulancia medicalizada y el retraso de 50 minutos en iniciar su atención en el Hospital de xxxxx no tiene ninguna influencia en el pronóstico del enfermo.

»4. La afirmación anterior se basa en que ya desde el primer momento el cuadro llevaba más de 12 horas de evolución por lo que incluso en el caso de haberse realizado el diagnóstico de IAM en el primer momento no se podría haber aplicado terapia de reperfusión, única que ha demostrado mejorar el pronóstico al reducir el área de infarto”.

En línea con lo anterior, el informe de la Inspección señala también que “el paciente que debió acudir a urgencias en la noche del 15 de enero de 2002 acudió la noche del 16 de enero de 2002. No pudo con esto beneficiarse del tratamiento fibrinolítico que es capaz de frenar y/o evitar la necrosis miocárdica. (Doc. 5 H^a Clínica).

»Tampoco hubiera sido candidato al mismo de haber sido remitido al Hospital tras acudir al Centro de Salud a las 14,45 horas”.

Y finalmente, en igual sentido se pronuncia el informe del Dr. rrrrr, médico que le atendió en urgencias en el Centro de Salud de xxxxx el 16 de enero de 2002.

A la luz de las afirmaciones anteriores resulta difícil establecer un enlace causal entre el retraso en el diagnóstico de la dolencia cardíaca –e incluso el resto de irregularidades en la atención prestada al paciente– y las secuelas que muestra el interesado a resultas del infarto sufrido, teniendo en cuenta además que en el trámite de audiencia ninguna réplica ha formulado la parte reclamante a los informes médicos comentados.



En consecuencia, expuesto lo anterior, a la vista de la documentación obrante en el expediente, ha de desestimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y dado que el interesado ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

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 a instancia de D. xxxxx, representado por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Centro de Atención Primaria de xxxxx (xxxxx).

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