

Expediente Núm. 63/2008
Dictamen Núm. 263/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Jiménez Blanco, Pilar
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de mayo de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de febrero de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de diciembre de 2006, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que considera una defectuosa asistencia sanitaria prestada en el Hospital

Inicia el relato de lo sucedido señalando que, con fecha 29 de septiembre de 2006, se le practica en el un estudio arteriográfico a fin de

confirmar las lesiones de calcioesclerosis en los sectores aorto-ilíacos y femoro-poplíteos que padece y que, "al realizar estas actuaciones y por motivos que desconozco, se produjo la liberación precoz del stent fuera de la lesión estenótica".

Añade que "una vez que por los doctores intervinientes se me explica esta situación y ante el requerimiento por mi parte de que se extraiga el citado elemento (...) me informan que si bien el conservarlo en la arteria supone un importante riesgo para mi salud, la operación para la extracción es aún más arriesgada, por lo que optan por dejarlo donde está".

Manifiesta que se siente "muy perjudicado por esta actuación médica", que ha sido llevada a cabo de forma no adecuada, y que por ello los padecimientos que sufre han "empeorado en gran medida".

Solicita, en concepto de indemnización, la cantidad de treinta mil euros (30.000 €), que fija "prudencialmente (...) como reparación de los perjuicios sufridos".

2. Con fecha 20 de diciembre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará. Asimismo, le indica que "transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud".

3. Mediante escrito de 21 de diciembre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia del la remisión de una copia de la historia clínica del interesado, así como un informe actualizado del Servicio de Cirugía Vasculat sobre el contenido de la reclamación.

4. Con fechas 19 y 29 de diciembre de 2006, el Secretario General del remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del reclamante e informes de los Servicios de Radiodiagnóstico II y de Cirugía Vascul ar I, respectivamente.

La historia clínica se compone, entre otros, de los siguientes documentos: a) Hoja de ingreso hospitalario del reclamante en fecha 26 de septiembre de 2006. b) Informe de alta hospitalaria del Servicio de Cirugía Vascul ar, de 29 de septiembre de 2006, en el que consta como motivo de ingreso "isquemia crónica" en miembros inferiores y se recoge que el día 8 de junio de 2006 se le realizó un estudio de angio-TAC en el "que se evidenciaron importantes lesiones de calcioesclerosis en los sectores aorto-iliacos y femoro-poplíteos", y que el día 27 de septiembre se le realiza un estudio arteriográfico convencional en el que se confirmaron las lesiones descritas y se intentó recanalizar una lesión estenótica del sector iliaco primitivo izquierdo, sin ser efectiva al producirse una liberación precoz del stent. Asimismo, se indica que se le explican al paciente los pormenores del estudio citado, comentándole la agresividad de una intervención para retirar dicho stent. El paciente está de acuerdo en mantener una actitud expectante ante la nula repercusión hemodinámica en el momento actual y se le advierte de que si nota en algún momento un empeoramiento de su proceso isquémico debe acudir de inmediato a la Unidad de Urgencias de este centro, dándole cita para revisión para el día 23 de enero de 2007. c) Hoja emitida por el Servicio de Cirugía Vascul ar el 28 de septiembre de 2006, en la que se detalla como intervención prevista "revascularización", por "isquemia crónica", así como que el día 27 se intenta colocación de stent, pero falla. d) Hojas de curso clínico durante el ingreso hospitalario en las que se anota el día 29 que, "a la vista del dopler hecho después del informe de alta (...), no cambiamos de actitud". e) Consentimiento informado para arteriografías periféricas, firmado por el paciente el día 27 de septiembre de 2006, en el que se hace constar que "no hay alternativa comparable en eficacia a este estudio".

El informe del Servicio de Radiodiagnóstico II, emitido con fecha 28 de diciembre de 2006, refleja que el paciente es ingresado en el Servicio de Cirugía Vasculard y programado en el Servicio de Radiodiagnóstico para la realización de una arteriografía diagnóstica y tratamiento intervencionista, si procede, en base a los estudios previos realizados en el mismo hospital el día 7 de junio de 2006, y que es informado directamente en la planta y luego en la Sala de Angiografía del doble fundamento de la exploración a realizar, de sus riesgos y ventajas.

El estudio inicial confirma la existencia de importantes lesiones estenosantes, por lo que se le informa nuevamente de la situación, de los pasos a seguir para intentar la "recanalización" de la arteria afectada y se decide completar el tratamiento con la colocación de un "stent" que estabilice la lesión tratada y prevenga la re-estenosis, lo que, manifiestan, constituye el protocolo habitual en las lesiones tratadas, como ocurre en este caso, mediante angioplastia cuyo resultado no se considera óptimo.

La colocación del "stent" se lleva a cabo por la técnica habitual, aunque la liberación fue algo precoz con lo que la cobertura de la lesión arterial sólo se produjo de forma parcial. En este momento se plantea al Servicio de Cirugía Vasculard la situación y, tras un riguroso análisis de las posibilidades y de los riesgos de las diferentes actitudes, se decide informar detalladamente al paciente, mantener una actitud expectante de las condiciones clínicas del mismo, retirar las vías arteriales, realizar compresión de la punción y dar por finalizado el estudio. Afirman que "la evolución post procedimiento fue buena, sin incidencias, ni complicaciones" y que la decisión se ha tomado teniendo en cuenta que, si bien la lesión había sido insuficientemente tratada por el "stent", la profusión del mismo en la aorta no se consideró una situación de riesgo inmediato. Añaden que "el que el stent protruya en la aorta (...) es la práctica habitual y 'deseada' en el tratamiento de las lesiones arteriales muy próximas al origen de las arterias, por lo que la actitud expectante se consideró la más adecuada".

Concluyen señalando que el paciente recibe el alta hospitalaria y queda programado para controles, en los que se tomarán las medidas terapéuticas

necesarias en función de la evolución de su enfermedad arteriosclerótica. Adjuntan dos documentos-tipo de consentimiento informado, sin firma alguna, para arteriografías periféricas y para recanalización vascular, así como un informe del Servicio de Radiodiagnóstico I de fecha 8 de junio de 2006, en el que consta como impresión diagnóstica “obstrucción de arteria ilíaca primitiva dcha. y femoral superficial dcha. por placas de ateroma calcificado./ Atrofia renal izda. con dilatación de la vía excretora, a descartar urotelioma”.

En el informe del Servicio de Cirugía Vascular, de fecha 22 de diciembre de 2006, se especifica que “al paciente se le explicó detalladamente el problema surgido, su excepcionalidad y las diversas alternativas terapéuticas posibles para su resolución y control; éstas se resumían en dos: en primer lugar, llevar a cabo una intervención quirúrgica urgente sobre el sector aorto ilíaca, procediendo, mediante aortotomía, a la extracción de dicho stent, esta alternativa se considera habitualmente una cirugía de riesgo medio alto”. En segundo lugar, adoptar una actitud expectante, conservadora, no quirúrgica (...), con un control permanente y riguroso del proceso (...). Ante la buena tolerancia de esta complicación, sin objetivarse durante su ingreso ningún empeoramiento del cuadro clínico se optó, con la total conformidad del paciente, por esta actitud conservadora, prescribiendo a su alta una terapéutica específica (...) y un control ambulatorio”.

Aclaran que la complicación acaecida con este paciente es excepcional, que nunca había sucedido en dicha Unidad, con una experiencia superior a los 100 procedimientos similares en los últimos 5 años, y que en la literatura científica mundial existen muy pocos casos, por lo que no hay prácticamente “experiencia contrastada que apoye de forma rigurosa la adopción de una actitud terapéutica agresiva o conservadora”, debiendo tomarse siempre decisiones de forma individualizada, según “el recto proceder de los médicos especialistas responsables de la situación”.

5. Con fecha 8 de enero de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación.

En él, tras una descripción de la asistencia prestada, se afirma que se trata “de un paciente al que se le aplicó una compleja técnica de radiología intervencionista conducente a corregir las importantes lesiones estenosantes del sector de la arteria ilíaca primitiva derecha que padecía”. Se intentó la recanalización de la arteria afectada, y se consideró que el resultado era mejorable completando el tratamiento con el implante de un stent, que quedó situado protruyendo en la aorta, lo cual no se consideró una situación de riesgo inmediato. Concluye que “no queda acreditado que al reclamante se le haya ocasionado daño alguno derivado de la intervención practicada”, aun cuando no se haya logrado corregir totalmente la grave oclusión arterial que padecía, y que “se ha actuado correctamente”, siendo la técnica aplicada la indicada.

6. Mediante escritos de 8 de enero de 2007, se remite copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de todo el expediente a la correduría de seguros.

7. Con fecha 12 de abril de 2007, el instructor del procedimiento solicita a la Gerencia del una copia de los estudios radiográficos efectuados antes y después de la realización de la angioplastia, lo cual se remite por el Secretario General del citado hospital al Servicio instructor el 20 de septiembre del mismo año, que lo traslada a la compañía aseguradora el día 24 del citado mes.

8. Con fecha 20 de febrero de 2007, emite informe una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Cirugía Cardiovascular y en Cirugía General. En él explica que la enfermedad arterial es una enfermedad evolutiva, inexorable e incurable, que va cerrando arterias, y que con el tiempo todos los pacientes terminan por complicarse; que el reclamante padecía afectación de ambas extremidades, por eso se consideró realizar arteriografía seguida de angioplastia, si era posible. Describe en qué consiste la angioplastia, que en determinados casos puede requerir una pequeña prótesis “stent” para intentar evitar la reestenosis. En el presente caso

el stent no quedó colocado en el sitio correcto, por eso la lesión ha quedado parcialmente tratada. Añade que las complicaciones debidas a la colocación de un stent pueden ser locales, entre el 2-18%; sistémicas, entre el 0,7-3,5%; mayores, que precisan intervención quirúrgica para su solución, entre el 2-11%, y muerte en los primeros 30 días, entre el 0-3%, y que la actitud tomada ante la complicación surgida ha sido la más acertada, pues el paciente debe ser explorado con más asiduidad para detectar precozmente posibles complicaciones (desplazamiento del stent o progresión de la placa de ateroma). Finalmente concluye que “el futuro de este tipo de complicaciones es incierto”.

A continuación consta un dictamen médico ampliatorio del anterior, emitido el 16 de noviembre de 2007 por el mismo especialista, tras examinar las arteriografías, en el que expone que sigue “opinando que el futuro es incierto”, que existe posibilidad de trombosis y que, en lo sustancial, se ratifica en el informe anterior.

9. Mediante escrito notificado al interesado el día 13 de diciembre de 2007, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. No consta que haya presentado alegaciones.

10. Con fecha 28 de enero de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “el reclamante basa su petición indemnizatoria en que la liberación precoz del stent y su ubicación fuera de la lesión estenótica no ha resuelto su patología y su presencia en la arteria supone un importante riesgo para su salud”. Sin embargo, “no está acreditado que al reclamante se le haya ocasionado daño alguno derivado de la intervención practicada con independencia de que no se haya logrado corregir totalmente la grave oclusión arterial que padecía. La alternativa terapéutica es conocida por el paciente y no es otra que la cirugía, que entraña más riesgos que su (...) situación clínica. En el momento actual no se ha causado daño alguno al

paciente y la reclamación se centra en la posibilidad de que en el futuro puedan aparecer complicaciones, circunstancia que se mueve exclusivamente en el ámbito de las meras probabilidades. Se ha actuado correctamente y la técnica aplicada era la indicada”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de febrero de 2008, registrado de entrada el día 7 de marzo del mismo año, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “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 el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 1 de diciembre de 2006 y, si bien el interesado manifiesta en su escrito que el estudio arteriográfico del cual dimanaban los daños y perjuicios por los que reclama se le practica el día 29 de septiembre de 2006, de todos los informes médicos obrantes en el expediente se desprende que se realizó el día 27 de septiembre de 2006, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida al reclamante, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, “desde que se inició el procedimiento”. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación el día 1 de diciembre de 2006, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 7 de marzo de 2008, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán 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 existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de daños y perjuicios formulada como consecuencia de la atención sanitaria prestada en un hospital público con ocasión del estudio arteriográfico que practican al

interesado el día 27 de septiembre de 2006, a fin de confirmar las lesiones que padece en la arteria aorta, y a causa del cual se produjo la liberación precoz del stent, lo que ha hecho, según alega, que los padecimientos que sufre hayan “empeorado en gran medida”.

Como hemos mencionado en la consideración anterior, el primero de los requisitos que debe analizarse ante una reclamación de responsabilidad patrimonial es la existencia de un daño real y efectivo, que ha de quedar acreditado en el expediente. La efectividad del daño significa que sólo serán indemnizables los daños ciertos, ya producidos, no los eventuales o posibles, aunque también se admiten por la jurisprudencia, entre esos daños efectivos, aquellos futuros sobre los que exista la certeza de su acaecimiento en el tiempo. La existencia del daño constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial, y tal daño ha de ser real y efectivo, no traducible a meras especulaciones o simples expectativas, pesando sobre el interesado la carga de la prueba del mismo. No obstante, la jurisprudencia señala que la realidad y efectividad del daño no sólo han de tenerse por cumplidas cuando se trata de consecuencias lesivas pretéritas o actuales, sino también de futuro acaecimiento, pero siempre que, por su carácter fatal derivado de esa anterioridad o actualidad, sean de producción indudable y necesaria, por la anticipada certeza de su acaecimiento en el tiempo, y no, por el contrario, cuando se trata de acontecimientos autónomos con simple posibilidad, que no certeza, de su posterior producción, dado su carácter contingente y aleatorio, que es lo que sucede generalmente con las simples expectativas.

En el caso que examinamos, no hay prueba en el expediente sobre la existencia de un daño real, efectivo y evaluable económicamente. Ciertamente, el recurrente, que padece una importante enfermedad arterial, fue ingresado en el el 26 de septiembre de 2006 para la realización de un estudio arteriográfico, que se llevó a cabo al día siguiente, previa firma del consentimiento informado para arteriografías periféricas, en el cual se constató la necesidad de efectuarlo, dado que en la actualidad no existe alternativa comparable en eficacia a dicho estudio. En él se confirman las lesiones que el

reclamante padece, por lo que se decide completar el tratamiento con la colocación de un stent que estabilice la lesión tratada y prevenga la reestenosis, lo que, además, constituye el protocolo habitual en este tipo de lesiones. La liberación de la prótesis señalada se produjo de forma "algo precoz", lo que ha determinado que la lesión del reclamante haya sido tratada sólo de forma parcial y no se haya logrado corregir totalmente su grave oclusión arterial. Dicha anomalía se le explicó al paciente, comentándole que lo correcto sería mantener una actitud expectante, no intervencionista, pues la cirugía para retirar el stent se considera de alto riesgo, y llevar un control permanente y riguroso de su evolución.

Queda constancia, pues, de la incidencia acaecida en la realización de la técnica señalada, que se califica en el informe del Servicio de Cirugía Vasculard como una complicación absolutamente "excepcional", y que la misma no ha dado lugar a ningún "empeoramiento" del cuadro clínico del paciente.

En los dos informes suscritos por un médico especialista en Cirugía Cardiovascular y en Cirugía General, a instancias de la entidad aseguradora, se recoge la necesidad de que el paciente sea explorado con asiduidad para detectar posibles complicaciones que enumera, como la posibilidad de desplazamiento del stent o la trombosis, concluyendo que en todo caso el futuro es incierto.

Así pues, y sin perjuicio de que se planteen complicaciones en el futuro, no se ha probado que en la fecha en que se formula la reclamación se hubiese producido un daño efectivo, concreto y cierto, susceptible de ser indemnizable.

Tampoco se evidencia a lo largo del expediente que el paciente haya tenido que acudir por ello a reconocimientos médicos en número tal que pudiera constituir *per se* un daño susceptible de indemnización, en la medida en que no tuviera el deber jurídico de soportarlo. En concreto, observamos que en el informe de alta hospitalaria obrante en la historia clínica del interesado figura que le dan cita para revisión el día 23 de enero de 2007, sin que se refleje en el expediente administrativo el resultado de la misma, como tampoco existe constancia alguna en aquélla de que el paciente haya acudido al Servicio

de Urgencias, tal y como le habían recomendado al alta hospitalaria en cuanto notase el más mínimo empeoramiento de su proceso isquémico; ni siquiera queda demostrado que hubiese acudido al médico de cabecera por encontrarse mal con posterioridad a la fecha del estudio arteriográfico.

No habiéndose aportado por el reclamante prueba alguna de los hechos por los que reclama, y teniendo en cuenta que la carga de la prueba incumbe a aquél que sostiene el hecho y no al que lo niega, de acuerdo con los principios jurídicos recogidos en los aforismos *semper necessitas probandi incumbit illi qui agit* y *ei incumbit probatio qui dicit non qui negat*, debemos concluir que no se ha acreditado por el interesado la efectividad del daño y, en consecuencia, debe rechazarse la reclamación de responsabilidad patrimonial que insta.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.