

Expediente Núm. 79/2008
Dictamen Núm. 326/2009

V O C A L E S :

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

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 3 de septiembre 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 24 de marzo de 2008, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un déficit asistencial y de diagnóstico en la red hospitalaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de junio de 2005, con entrada en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias el día 13 de junio, el reclamante presenta en el Registro General de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que considera una deficiente asistencia sanitaria prestada en la red hospitalaria pública.

Refiere en su escrito que el día 30 de septiembre de 2003, ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" "con dolor de cabeza y cervicales, `tirones´ en las piernas, y con el brazo y pierna izquierdos adormecidos" y tras realizarle TAC, "me fue diagnosticado `trombosis cerebral izquierda´./ Comenzaron a administrarme (...) anticoagulantes".

Continúa relatando que el día 1 de octubre de 2003, es trasladado al Hospital "Y", y el día 8 de octubre fue trasladado al Servicio de Neurocirugía; que "se me realizó una RMN, (...) se me diagnosticó `Mielopatía Cervical´ indicándome tratamiento quirúrgico, el cual debió retrasarse debido al tratamiento con anticoagulantes (...). No pudo practicarse la intervención quirúrgica hasta el día 24 de octubre de 2003".

Añade que "durante la intervención, se me lesionó la `duramadre´, quedando un punto débil por donde puede salir líquido cefalorraquídeo al espacio extradural y acumularse, presionando la médula", que "el día 25 de octubre de 2003, me diagnosticaron una tetraparesia progresiva (...), trasladado a planta (...) aquejado de dolores de cabeza y espalda, sin fuerza y sin poder mover las piernas y los brazos". Dice que el único tratamiento fue la administración de analgésicos por órdenes telefónicas a la enfermera de planta y que "ningún médico acudió a realizarme una exploración".

Dice que el día 26 de octubre de 2003, se "indicó la realización urgente de intervención quirúrgica, 48 horas después de la primera. (...) fui trasladado a la UVI e intubado./ Durante este tiempo (...) en UVI me fueron apareciendo escaras por el cuerpo". Añade que "el día 8 de noviembre de 2003, ante mis dificultades respiratorias (...), (se) decidió realizar una traqueotomía (...). Mi evolución en UVI es mala, aparecen más escaras, sale líquido por el drenaje y sufro episodios de fiebre (...), recibiendo el alta el día 1/12/03".

Trasladado al Centro de Parapléjicos de el día 9 de diciembre de 2003 fue dado de alta en dicho centro el día 30 de junio de 2004, "precisando de una silla de ruedas para mis desplazamientos, así como de sonda vesical".

Prosigue relatando que el día 2 de julio de 2004, acude a consulta en el Hospital "X", donde se le prescribe tratamiento rehabilitador que finalizó el día 5

de agosto de 2004.

Respecto de las secuelas, refiere ser “capaz de caminar ayudado de dos muletas, aunque sólo una corta distancia (aproximadamente 100 metros), y siempre en un medio adaptado a mis limitaciones. Para desplazamientos mayores, preciso de la silla de ruedas./ Presento las siguientes secuelas neurológicas, además del consecuente daño estético:/ Paraparesia./ Parestesias e hipoestesia./ Dolor radicular./ Vejiga neurógena, orinando por rebosamiento./ Frecuentes contracturas musculares./ Hábito intestinal estreñado”. Añade además ser “portador de una sonda evacuadora, que me ha ocasionado episodios de infección urinaria, precisando ingreso hospitalario (...). Me ha sido reconocida una minusvalía del 70%”.

Afirma que “ha existido en el presente caso una actuación de los Servicios Sanitarios Públicos del Principado de Asturias que en modo alguno se ajusta a la `lex artis ad hoc`”.

En particular refiere que “existió un error diagnóstico, consecuencia de la no utilización de los medios disponibles al efecto./ Cuando ingresé en el Servicio de Urgencias del Hospital (...) se me diagnostica `Probable accidente cardiovascular hemisférico`, pautándose la toma de anticoagulantes (aunque) no existía una seguridad diagnóstica que justificara la prescripción de esta medicación”, por lo que considera se le sometió a un riesgo de hemorragia innecesario; que la realización de la RMN “se demoró” y que “la primera intervención quirúrgica (...) se demoró en el tiempo, condicionado precisamente por la acción de los anticoagulantes, erróneamente pautados”. Indica además que el trato observado por los facultativos y demás personal sanitario del Hospital “Y” no fue correcto, que “existió una escasa atención y seguimiento de mi evolución clínica mientras permanecí ingresado en el Servicio de Neurocirugía (...), (que) queda plasmada en la prescripción de analgésicos vía telefónica que el doctor realizaba a la enfermera, ante mis continuas muestras de dolor” y en la aparición de escaras tras su estancia en la UVI, que a su juicio se deben a que “ninguna enfermera se preocupó de cambiarme periódicamente de posición en la cama, para evitar” su aparición.

También indica que “nadie me informó, ni tampoco a mi familia, de las alternativas terapéuticas o quirúrgicas, riesgos y beneficios de cada una de ellas; ni yo ni ninguno de mis familiares hemos suscrito documento de consentimiento informado”.

Alega además una falta de coordinación en el Hospital “Y”, con el Hospital “X” ni entre sus Servicios, pues “no se dispuso (...) con la celeridad debida la realización de pruebas diagnósticas que pudieran arrojar un diagnóstico de certeza (...) ni acudió ningún médico en días a visitarme, prescribiendo el tratamiento por teléfono a la enfermera que, en cada momento, se encontrara allí”.

Concluye que “ha existido en el presente caso (...) un no correcto funcionamiento por falta de calidad asistencial y de diagnóstico, una clara acción negligente o reprochable por no haber sido atendido adecuadamente por los empleados del Servicio Público de Salud”.

Solicita una indemnización de seiscientos mil euros (600.000 €) “por las gravísimas y fatales consecuencias y padecimientos (del reclamante) (...), así como por los daños derivados, secuelas y por el daño moral causado al paciente y a su familia; además de los gastos derivados de tratamientos rehabilitador, farmacéutico y ortopédico, y los que resultaren necesarios para la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación de mi vivienda a la nueva situación”.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: 1) Informe de Radiología del “X”, del día 30 de septiembre de 2003. 2) Curso clínico del paciente (Hospital “X”) datado el mismo día. 3) Órdenes terapéuticas del Hospital “X” datadas el día 30 de septiembre de 2003. 4) Curso clínico del Hospital “Y” desde el día 1 de octubre de 2003 hasta el día 6 del mismo mes. 5) Órdenes terapéuticas del Hospital “Y” desde el 1 de octubre de 2003 hasta el día 14. 6) Informe de alta del Servicio de Neurología de fecha 7 de octubre de 2003 y traslado a Neurocirugía. 7) Hojas de intervención quirúrgica del Hospital “Y” datadas el día 24 de octubre de 2003. 8) Observaciones de enfermería (Hospital “Y”), desde el día 1 al 25 de octubre de 2003. 9) Hoja de intervención

quirúrgica del Hospital "Y" del día 26 de octubre de 2003, relativa a reapertura de herida quirúrgica. 10) Hoja de intervención quirúrgica de Traqueotomía. 11) Informe del médico adjunto del Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" fechado el día 1 de diciembre de 2003. 12) Informe de alta en el Servicio de UVI del Hospital "Y" datado el día 1 de diciembre de 2003. 13) Historia clínica a la fecha del ingreso en el Hospital Nacional de Parapléjicos de el día 9 de diciembre de 2003. 14) Fotografías de las escaras. 15) Informe clínico de alta del Centro de Parapléjicos de, de fecha 30 de junio de 2004. 16) Parte interconsulta del Hospital "X", fechado el día 2 de julio de 2004, donde se prescribe tratamiento rehabilitador con carácter urgente. 17) Parte médico sobre tratamiento rehabilitador, iniciado el día 5 de julio de 2004 hasta el día 5 de agosto de 2004. 18) Informe clínico del Hospital Nacional de Parapléjicos de, para revisión programada datado el día 15 de noviembre de 2004. 19) Parte médico del Hospital "X" sobre infección urinaria, precisando ingreso hospitalario.

2. Con fecha 7 de julio de 2005, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante SISPS) comunica al interesado que "ha tenido entrada su reclamación en el Registro del Principado de Asturias", indicándole la normativa aplicable al procedimiento.

3. En el trámite de instrucción, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado solicita a la Dirección Gerencia del Hospital "X" "la documentación obrante en ese centro, así como un Informe del Servicio de Neurología" y a la Dirección Gerencia del Hospital "Y" "la documentación obrante en ese centro así como un Informe del Servicio de Neurocirugía sobre las alegaciones del reclamante".

4. El día 14 de julio de 2005, el Secretario General del Hospital "Y" remite al SISPS copia de la historia clínica del reclamante. Entre los documentos integrantes de ésta destacan los siguientes: a) Informe de consulta externa del

Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" datado el día 30 de junio de 2005. b) Informe de alta del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" datado el día 16 de mayo de 2005. c) Copia del impreso del consentimiento informado para "cirugía de la mielopatía cervical espondilótica", en el que se describe la intervención quirúrgica, alternativas posibles, así como los riesgos típicos derivados de la misma, señalando como tales: "Mortalidad: 0,7-1%. Lesión medular: 0-1%. Lesión radicular: 1,8%. Deterioro neurológico transitorio: 4-14,3%. Embolia gaseosa: 0,5-3%. Fístula de líquido cefalorraquídeo: 3%. Infección herida: 0,2-3%. Desgarro arteria vertebral (excepcional). Dolor por inestabilidad vertebral (complicación tardía)", firmado por el perjudicado el día 22 de octubre de 2003. d) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital "Y" datado el día 14 de noviembre de 2003. e) Informe de alta del Servicio de Neurología del Hospital "X", datado el día 7 de octubre de 2003. f) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" fechado el día 1 de diciembre de 2003.

5. Con fecha 1 de agosto de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente informe técnico de evaluación en el que, después de detallar los antecedentes del caso, señala lo siguiente: "se trata de un paciente que el 30 de septiembre de 2003 ingresó en el Servicio de Neurología" del Hospital "X"; "la impresión diagnóstica inicial fue de accidente cerebrovascular de hemisferio derecho de perfil isquémico. Por este motivo se le pautó, el mismo día del ingreso, terapia con antiagregantes plaquetarios hasta la realización de más estudios. El día 6 de octubre se sentó el diagnóstico de Mielopatía cervical cervicoartrósica C3-C4 y se solicitó consulta a Neurocirugía (...). El 8 de octubre ingresó en el Servicio de Neurocirugía con el diagnóstico de hemiparesia izquierda braquial distal 3/5, proximal 5/5 y crural 4/5 con hemipoestesia vibratoria y artrocinética conservada. Fue intervenido bajo anestesia general el día 24 de octubre de 2003, practicándosele laminectomía C3-C4-C5-C6 y a las 48 horas de la intervención se hizo resonancia magnética en la cual se visualiza lesión medular y ausencia del

espacio subaracnoideo por compresión posterior que fue interpretada como hematoma. Se reintervino observándose edema y pequeños sangrados intramusculares sin presencia de claro hematoma, se realiza hemostasia no visualizando fistula de líquido cefalorraquídeo (...). Esta es una complicación frecuente de todo tipo de cirugía. Previamente a la intervención se había recabado el consentimiento del paciente en el que consta que fue informado”.

Añade que “el paciente desarrolló una cuadriparesia postquirúrgica que tras su ingreso en el Hospital de Parapléjicos de y consiguiente tratamiento rehabilitador ha experimentado una notable mejoría, si bien mantiene importantes limitaciones en la actualidad derivadas de su diagnóstico de Síndrome de lesión medular C6, vejiga neurógena, intestino neurógeno, disfunción erectil y eyaculatoria y síndrome espástico leve”.

Por lo anterior finaliza su informe señalando que la reclamación debe ser desestimada, “ya que la actuación de la Administración Sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

6. Mediante oficios de fecha 2 de agosto de 2005, el informe técnico de evaluación es remitido a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la Correduría de Seguros.

7. Con fecha 13 de octubre de 2005, emite informe, suscrito colegiadamente por dos médicos especialistas en Neurocirugía, una asesoría médica privada a instancia de la compañía aseguradora del Principado de Asturias. Informan que “el cuadro de mielopatía cervical es un proceso lento que no requiere una intervención quirúrgica urgente, por lo que un retraso de unos días (...) no influye en el pronóstico”, que “los pacientes que permanecen en cama un largo período de tiempo pueden presentar escaras sacras, a pesar de una correcta atención y tratamiento, así como otras muchas complicaciones que en este caso no se dieron” y señalan las siguientes conclusiones: “1. El paciente fue atendido correctamente en el Hospital “X” (...)./ 2. Una vez confirmado el diagnóstico de mielopatía cervical por parte del Servicio de Neurología del Hospital “Y” (...), el

paciente fue trasladado al Servicio de Neurocirugía, lo que nos parece totalmente correcto./ 3. El paciente firmó el documento de consentimiento informado antes de la intervención de laminectomía por mielopatía cervical./ 4. La intervención se realizó según una técnica correcta y el paciente mejoró inicialmente de su déficit neurológico./ 5. La complicación de hematoma cervical postquirúrgico es una complicación descrita en las intervenciones de laminectomía cervical, y en general en cualquier intervención quirúrgica. El paciente fue reintervenido de urgencia una vez diagnosticado el hematoma. Esta actuación por parte de los cirujanos fue rápida y eficaz./ 6. El paciente recibió todas las atenciones necesarias, poniéndose a su alcance todos los medios disponibles diagnósticos y de tratamiento tanto en el Servicio de Neurocirugía como en la UCI del Hospital "Y" (...)/ 7. El paciente fue trasladado al Hospital de Parapléjicos de donde se fue recuperando lentamente de las secuelas./ 8. En los últimos controles el paciente había obtenido una recuperación notable de sus funciones motoras y esfinterianas./ 9. La actuación de los facultativos del (...) Hospital "X" y (...) Hospital "Y" fueron totalmente correctos, de acuerdo a la lex artis, y se pusieron todos los medios disponibles para el diagnóstico y tratamiento del paciente".

8. El día 7 de noviembre de 2005 se notifica al interesado la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una copia de la relación de documentos obrantes en él.

9. El día 8 de noviembre de 2005, toma vista del expediente la persona autorizada por el reclamante, a la que se le hace entrega de una copia del expediente, que en ese momento está integrado por doscientos once (211) folios numerados, según diligencia extendida para constancia del hecho.

10. El día 24 de noviembre de 2005, un representante del interesado presenta escrito de alegaciones en un registro del Servicio Público de Empleo de la Junta de Castilla y León. En dicho escrito señala que "se reitera en todas y cada una

de las alegaciones efectuadas en su escrito inicial”, y reitera su pretensión indemnizatoria en la cantidad de seiscientos mil euros (600.000 €), analizando la documentación obrante en el expediente.

Respecto del dictamen médico elaborado por dos especialistas en Neurocirugía señala que no hace referencia a que el deterioro que sufrió el paciente 24 horas de la intervención no fue atendido por el médico, quien no acudió a la llamada de la enfermera, dando sus instrucciones por teléfono “privándole con ello de los medios disponibles para un más correcto diagnóstico y tratamiento posterior”; que el dictamen expone que “a las 48 horas se le realiza RM cervical en donde se observa una imagen compatible con hematoma en el lecho quirúrgico” y que “la aparición de un hematoma postquirúrgico es una complicación descrita en cualquier tipo de cirugía”, a lo que aduce que “es una complicación (...) que no se describe en el documento de Consentimiento Informado”; que el dictamen omite que el día 26 de octubre de 2003 el paciente es reintervenido “sin informar al paciente y sin firmar el documento de Consentimiento Informado”.

En relación con la expresión contenida en el folio 206 de dicho informe, que refiere que “un retraso de unos días en el diagnóstico definitivo por la retirada de la medicación antiagregante no influye en el pronóstico”, aduce que en realidad se trata de un “error de diagnóstico, perfectamente evitable con una correcta interpretación de la exploración clínica y del TAC; y, en caso de duda, con la RNM (...)./ Se trata de un error en el tratamiento con anticoagulantes, que el enfermo no necesitaba, y (...) un retraso en la intervención, manteniendo la compresión más de 20 días”.

Con respecto a que “en este caso se diagnosticó rápida y correctamente la complicación”, indica que “el día 25/10/2003 el estado del paciente había empeorado (...), sin que se perciba que se realizara ningún diagnóstico rápidamente, como informa el Dictamen Médico. Añade que “en las Hojas de Enfermería del día 26/10/2003 consta: ` 3:30 aviso MG (médico de guardia) (...) por orden telefónica pongo 1 amp. Toragil. 7 h pasa la noche inquieto ya que no puede cambiar de postura, le molesta el cuello, etc. 13:15 sale para

quirófano´./ Es decir, que el médico de guardia no acude a explorar a un enfermo (...) y le ordena medicación por teléfono”. Por lo anterior concluye que de “la documentación no se confirma que se diagnosticara rápida y correctamente la complicación (...)/ El retraso en el tratamiento quirúrgico fue debido a una falta de seguimiento de la evolución del enfermo, más grave por cuanto que estaba recién intervenido, y las complicaciones (hematomas, quistes de líquido cefalorraquídeo, etc.) son mucho más frecuentes en este periodo. Este retraso en el tratamiento, debido a un déficit de atención, favoreció que la médula permaneciese más tiempo comprimida, agravando con ello el daño”.

Respecto a que “el paciente firmó el correspondiente documento de consentimiento informado... y por tanto aceptó las complicaciones que de ella se pudiesen derivar”, señala que “el documento firmado por el paciente el día 22 de octubre de 2003 presenta importantes carencias que lo invalidan”. En particular, refiere que “no se rellena el apartado de `riesgos personalizados´, sin que figure como riesgo típico el hematoma (...), no se explica el pronóstico (las consecuencias) de ninguna de las posibles complicaciones (...), (ni consta) el documento de Consentimiento Informado para la intervención practicada el día 26 de octubre de 2003 (...). No consta tampoco en la historia clínica que se informara al paciente de las alternativas diagnósticas y de los riesgos y beneficios de cada una de ellas”.

Como primer otrosí dice que “viene a ampliar la reclamación Inicial (...), solicitando la acumulación de los siguientes hechos: que venía presentando episodios de molestias abdominales y estreñimiento de al menos un año de evolución, cuadro que fue interpretado como secundarios al intestino neurógeno diagnosticado en el Hospital Nacional de Parapléjicos de, resultando que padecía un cáncer de colon, por lo que considera existió un retraso en el diagnóstico, por el que reclama “una indemnización de 300.000 €”.

Adjunto a su escrito de alegaciones aporta los siguientes documentos: copia de la escritura de poder para pleitos otorgada por el reclamante; informe médico del día 19 de julio de 2005 del Servicio de Neurología del Hospital “X” e

informes relativos a diagnóstico de adenocarcinoma de colon.

11. Con fecha 14 de diciembre de 2005, el instructor del expediente remite “copia de las alegaciones presentadas” a la Compañía Aseguradora y a la Correduría de Seguros.

12. Con fecha 31 de mayo de 2006, el instructor eleva propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Señala, en relación con el caso que se examina, que “debemos tener en cuenta que concurren los dos hechos que impiden tildar de antijurídico al daño. (...) no sólo nos encontramos ante intervención indicada, dado el cuadro que presentaba el paciente, sino que, además, se cumplimenta el deber de obtener el consentimiento informado (...). Por otro lado, como ya hemos indicado antes, del hematoma postquirúrgico no implica mala praxis. Se trata de una complicación que se produce en un significativo número de casos (...), nos encontramos ante un riesgo del que no sólo es informada la paciente, sino que, además, por su propia naturaleza (...) obliga al paciente a soportarlo”. Añade que no puede calificarse el daño como antijurídico pues “no se han rebasado los límites de seguridad exigibles, ya que la asistencia prestada a la paciente ha sido, en todo momento, correcta”.

En relación con el retraso diagnóstico refiere que “un retraso de unos días en el diagnóstico definitivo por la retirada de la medicación antiagregante no influye en el pronóstico”.

En cuanto a la alegada falta de asistencia prestada por los facultativos señala que “no es cierta ya que se diagnosticó de forma correcta, se intervino y existió un seguimiento pormenorizado del paciente durante su ingreso”.

Por último, respecto a las escaras que presentó el paciente, afirma que “se trata de una complicación que sucede con aquellos pacientes que se encuentran durante mucho tiempo ingresados, no estando relacionado en ningún momento con una desatención al paciente”.

Concluye el instructor su propuesta señalando que “se hizo un seguimiento adecuado de la evolución de la paciente, tal y como se refleja en la

historia clínica, y se realizó una laminectomía cervical, tan pronto como se tuvieron todos los resultados de las pruebas indicadas y el paciente se encontraba en un estado óptimo para la misma. La asistencia posterior a la intervención fue igualmente correcta, según reflejan las hojas de evolución”.

13. Mediante escrito de fecha 23 de junio de 2006, registrado de entrada el día 28 del mismo mes, el Presidente del Gobierno del Principado de Asturias de Asturias remite al Consejo Consultivo del Principado la anterior propuesta y sus antecedentes en solicitud de dictamen preceptivo sobre reclamación de responsabilidad patrimonial. El día 25 de septiembre de 2006, este Consejo Consultivo dictamina que no puede ser atendida la petición formulada en el trámite de audiencia de ampliar la reclamación inicial a daños por nuevos hechos, y que procede retrotraer el procedimiento, a fin de completar el procedimiento con los trámites que se indicaban.

En cumplimiento de lo anterior, se incorporan al expediente los siguientes documentos:

a) Acuerdo de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, del día 8 de noviembre de 2006, relativo a la admisión de recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación.

b) Informe de la Sección de Neurología del Hospital “X” de fecha 10 de julio de 2007. Consigna el ingreso del reclamante el día 30 de septiembre de 2003, en el que fue diagnosticado de mielopatía cervicoartrósica C3-C4 adjuntando informe de alta emitido el día 7 de octubre de 2003, y las posteriores consultas en la misma Sección.

c) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital “Y”, del día 18 de diciembre de 2007, según el cual “1. El diagnóstico de mielopatía cervical espondilótica fue certero y se explicitó por escrito el primer día que fue valorado por el Servicio de Neurocirugía. (...) ese proceso ya se había detectado en su fase inicial diez años antes./ 2. No tomó medicación anticoagulante, sino que venía con tratamiento antiagregante plaquetario que se suspendió al

indicarse la conveniencia de una intervención quirúrgica./ 3. Tampoco fue diagnosticado, al menos en este Hospital, de trombosis cerebral, habida cuenta de que tanto la TAC craneal como la RM cerebral fueron etiquetadas de normales./ 4. El riesgo de hemorragia fue obviado al suspender durante un tiempo razonable los antiagregantes plaquetarios./ 5. La demora de la primera intervención impuesta por la supresión de los antiagregantes no fue relevante, ya que la evolución de la mielopatía es crónica y progresa con gran lentitud./ 6. Por los datos reflejados en este informe y en la historia clínica de este paciente se intuye diligencia de los Servicios implicados, más que dejadez o desidia./ 7. Existen hojas de consentimiento informado tanto por parte del Servicio de Neurocirugía como por el de Anestesia" y adjunta copia de las mismas.

14. Previa notificación de fecha 18 de enero de 2008, del trámite de audiencia, el representante del perjudicado presenta escrito de alegaciones en un registro de la Junta de Castilla y León, el día 1 de febrero de 2008.

En el escrito se ratifica en la petición de ampliación de la reclamación que formuló el día 24 de noviembre de 2005, pues se refiere a hechos relacionados directamente con los que dan lugar a la reclamación a que se refiere este asunto, pues se trata de hechos conexos y coetáneos en el tiempo, y unos consecuencia de los otros. Se opone a la propuesta de resolución, que consigna la existencia de documentos de consentimiento informado, pues entiende que los documentos obrantes en el expediente no cumplen de ningún modo los requisitos mínimos para ser tenidos por válidos. Considera que la propuesta de resolución está basada en el informe del Consejo Consultivo y manifiesta su sorpresa al respecto al no haberse éste pronunciado sobre el fondo del asunto. Reitera sus anteriores alegaciones, afirma que estamos ante un claro supuesto de pérdida de oportunidades terapéuticas, y reitera la pretensión indemnizatoria en la cuantía solicitada en el escrito de reclamación inicial.

15. Con fecha 25 de febrero de 2008, el instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio por las razones que aduce.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de marzo de 2008, registrado de entrada el día 31 de marzo de 2008, 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.- La reclamación se refiere a daños personales, económicos y al daño moral causado al paciente y a su familia. 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. No lo está, sin embargo, para reclamar el daño moral supuestamente causado a su familia.

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 9 de junio de 2005, y el día 16 de mayo de 2005 fue dado de alta en el Servicio de Rehabilitación del Hospital “X”, 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.

En nuestro Dictamen 174/2006, relativo al mismo asunto, concluimos que la solicitud de acumulación a la reclamación que analizamos, de nuevos hechos por los que el interesado reclamaba “una indemnización de 300.000 €”,

adicionales a los seiscientos mil euros (600.000 €) inicialmente solicitados, no podía ser atendida, pues se referían a un adenocarcinoma de colon. Instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial por los hechos que motivaron la ampliación de la reclamación, emitimos en él nuestro Dictamen 99/2007, por lo que nada queda por decir sobre ella.

Con respecto al procedimiento iniciado por la reclamación inicial, debemos consignar que no se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar al interesado, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su reclamación tuvo entrada en el Registro General del Principado de Asturias, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, y los efectos que pueda producir el silencio administrativo, al haberse hecho referencia con carácter general a la normativa reguladora.

Igualmente, hemos de señalar 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. No obstante, ello no impide la resolución tardía, ya que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 43.3, segundo inciso, de la LRJPAC, en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado, "La desestimación por silencio administrativo tiene los solos efectos de permitir a los interesados la interposición del recurso administrativo o contencioso-administrativo que resulte procedente", de modo que, subsistente la obligación de la Administración de dictar resolución expresa y de notificarla en todos los procedimientos, la Ley dispone en casos como el que nos ocupa, en el que por el vencimiento del plazo ha operado el silencio negativo, que la resolución expresa posterior se adopte "por la Administración sin vinculación alguna al sentido del silencio" (artículo 43.4, letra b) de la referida LRJPAC).

Sin embargo, dado que el procedimiento se encuentra sub iudice, sin que conste formalmente en el expediente que dicho procedimiento judicial esté aún pendiente de conclusión y sentencia, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado

que en caso contrario habrá de estarse al pronunciamiento judicial firme. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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.- El reclamante interesa indemnización por los gastos, el daño moral y las secuelas físicas, neurológicas y estéticas que sufre tras una tetraparesia, perjuicios que atribuye a la asistencia sanitaria que se le prestó en la red hospitalaria pública.

Por lo que se refiere a los gastos que reclama, el interesado no ha aportado prueba alguna de los atribuidos al tratamiento rehabilitador, farmacéutico y ortopédico que alega, así como los necesarios para la eliminación de las barreras arquitectónicas y adaptación de la vivienda, por lo que no podemos apreciar la efectividad de los mismos.

Sí consta en el expediente que, después de una intervención quirúrgica realizada el día 24 de octubre de 2003, se diagnosticó al reclamante una tetraparesia y que tras recibir asistencia y tratamiento rehabilitador, según informe de alta del Servicio de Rehabilitación del Hospital "X" del día 16 de mayo de 2005, "se levanta sin ayuda de la silla aunque con ligera dificultad, presentando una marcha independiente con ayuda de dos bastones ingleses. Las EE.SS. presentan un balance muscular global de 4/5 en la derecha, con mano funcional y de 5/5 en la izda. Los miembros inferiores presentan un balance muscular de 4-/5 en el lado derecho y de 4+/5 en el lazo izdo. Hiperreflexia bilateral", por lo que sin perjuicio de una valoración más concreta,

que habrá de efectuarse si este dictamen concluyese que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad administrativa, debemos considerar probado este daño.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público y que resulta antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra éste con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Este criterio opera también en la fase de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El interesado considera que la asistencia sanitaria que se le prestó fue negligente y realiza imputaciones encadenadas de errores y demoras, falta de atención y seguimiento de su evolución y falta de coordinación entre los servicios.

Así, en su escrito inicial considera que hubo error de diagnóstico en el Hospital "X", pues se le diagnosticó "probable accidente cardiovascular hemisférico", consecuencia de la no utilización de los medios disponibles al efecto y que ante un diagnóstico no confirmado debían estudiarse otras posibilidades diagnósticas; que hasta que se le trasladó al Hospital "Y" no se observó que el diagnóstico no estaba claro, solicitando la realización de RNM para comprobarlo; que a consecuencia de lo anterior, se le pautó tratamiento con anticoagulantes totalmente contraindicado, sometiéndole a un riesgo de hemorragia innecesario; por esto, hubo de demorarse la primera intervención quirúrgica. También reprocha falta de atención sanitaria, afirmando que fueron escasas las visitas de los médicos; que, ante sus continuas muestras de dolor, el médico de guardia le prescribió analgésicos por teléfono, y que hubo desidia en el trato de las enfermeras y auxiliares, por lo que durante su estancia en la UVI le aparecieron importantes escaras.

Manifiesta, además, no haber prestado su consentimiento a ninguna de las intervenciones. No obstante, admite en el trámite de audiencia su existencia para la intervención realizada el día 24 de octubre de 2003, pero considera que no es válido, pues no consigna los riesgos personalizados del paciente ni el riesgo típico de hematoma, y no explica las consecuencias de ninguna de las posibles complicaciones, ni las alternativas diagnósticas. Afirma que no prestó su consentimiento para la intervención del día 26 de octubre de 2003.

En el segundo trámite de audiencia aduce que estamos ante un claro supuesto de pérdida de oportunidades terapéuticas.

Sin embargo, el reclamante no ha aportado prueba alguna en el curso del procedimiento administrativo que permita imputar los efectos dañosos a la Administración, ni considerar que los daños sean consecuencia directa del funcionamiento normal o anormal del servicio público y antijurídicos; tales extremos sólo encuentran justificación en lo afirmado por el interesado, lo cual no es bastante para tenerlos por ciertos.

Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse en supuestos similares al que nos ocupa, indicando que cuando no existe prueba que permita vincular al servicio público la causa determinante del daño, esta ausencia es suficiente por sí sola para desestimar la reclamación presentada, toda vez que la carga de la prueba pesa sobre la parte reclamante de acuerdo con los aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, e impide apreciar la relación de causalidad y la antijuridicidad cuya existencia sería inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

No obstante, tras analizar cada uno de los reproches del interesado, no podemos estimar la existencia de responsabilidad de la Administración en los perjuicios alegados. En efecto, no consta que haya habido error de diagnóstico en el Hospital "X": como el mismo reclamante consigna, la apreciación de accidente cerebro vascular (no cardiovascular, como él dice) se calificó de "probable" ante los síntomas que presentaba -hormigueo de un mes de evolución y "pérdida de fuerza en hemicuerpo izdo."-, y ello tras la realización de un TAC en el que se apreció "discreta atrofia cortical". Además, se ordenó su traslado de forma inmediata al Servicio de Neurología del Hospital "Y", para su diagnóstico definitivo. En este centro, tras la realización de nuevo TAC, de RM cerebral con resultados normales y de RN de columna cervical, el día 6 de octubre de 2003, es decir, al séptimo día del ingreso urgente del reclamante en el Hospital "X", se le diagnosticó "mielopática cervical cervicoartrósica". El día 10 de octubre de 2003 se le practicó, además, una RN lumbar.

El diagnóstico de accidente cerebro vascular, aunque fuera etiquetado sólo de probable, exigía la administración del tratamiento correspondiente al mismo, que consistió en antiagregantes y, desde el día 30 de septiembre de 2003, también anticoagulantes -Fraxiparina-. Por su parte, el Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital "Y" informa que el riesgo de hemorragia a que alude el interesado, fue obviado al suspender durante un tiempo razonable los antiagregantes plaquetarios, lo que se confirma con la hoja de curso clínico, en la que se constata que dejaron de administrarse el día 7 de octubre de 2003.

Por otra parte, los dos especialistas en Neurocirugía han informado que el cuadro de mielopatía cervical es un proceso progresivo y lento que no requiere una intervención quirúrgica urgente, por lo que la realización de la intervención unos días más tarde no influiría en el pronóstico, como alega el reclamante, y, en consecuencia, no podemos apreciar que guarde relación con el estado físico actual del interesado.

Por lo que se refiere a la demora en la práctica de pruebas, no hay datos que permitan apreciar tal retraso, dado que la patología del reclamante no requería un tratamiento urgente, y entre su ingreso el día 30 de septiembre de 2003 y el día 6 de octubre se realizaron diversas pruebas y estudios, tales como TAC y RM cerebral y de columna cervical.

En cuanto a la atención médica, en la hoja de observaciones de enfermería del día 25 de octubre de 2003 consta la anotación de las 13:05 horas reseñando que el paciente llega de quirófano muy angustiado, que es visto por el médico de guardia, que se realiza extracción para analítica, se le cambia collarín por uno blando y se le cura. Según hoja de curso clínico, el mismo día 25 de octubre le visita el médico a las 14:35 y a las 15:00 horas, en nueva visita se aprecia "tetraparesia". El día 26 de octubre, a las 00:30 horas, le visita el médico; a las 3:30 horas, la enfermera avisa al médico de guardia, porque el paciente está con mucho dolor y el médico pauta -por teléfono- la administración de un analgésico. La existencia de orden telefónica no pone de manifiesto, por sí sola, como pretende el reclamante, escasez de visitas, pues el médico de guardia había estado 3 horas antes con el paciente, sin anotar

empeoramiento de su estado. El mismo día 26 de octubre es reintervenido y pasa a los Servicios de Reanimación y Vigilancia Intensiva, en los que la atención es permanente. Durante su ingreso hospitalario fue atendido, además, por los servicios de Nutrición, el día 30 de octubre de 2003; de Rehabilitación respiratoria, el día 31 de octubre; de Rehabilitación, el día 6 de noviembre; de Cirugía Plástica, mediante consultas el 17 de noviembre y el 4 de diciembre por escara sacra y de Dermatología, el día 3 de diciembre de 2003.

Las escaras que sufrió el reclamante tampoco revelan falta de atención. Según se ha informado, los pacientes que permanecen en cama un largo período de tiempo pueden presentar escaras sacras, a pesar de una correcta atención y tratamiento, así como otras muchas complicaciones que en este caso no se dieron.

Por lo que se refiere a la prestación del consentimiento, obra en el expediente copia del consentimiento informado que firmó el reclamante el día 22 de octubre de 2003, para cirugía de mielopatía cervical espondilótica. Frente a lo alegado sobre el mismo, debemos recordar que en nuestro dictamen 0274/2006 ya expresamos que el consentimiento informado del paciente se encuentra regulado en Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (en adelante Ley de Autonomía del Paciente). Esta norma diferencia entre el “derecho a la información asistencial” (artículo 4), y el “consentimiento informado” (artículos 8 y siguientes). El artículo 4, apartado 1, establece que “Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma (...). La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”. Por su parte, el artículo 8, apartado 1, dispone que “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del

caso". El apartado 2 de este precepto afirma que "el consentimiento será verbal por regla general", pero exceptúa, entre otros, el caso de "intervención quirúrgica", en el que, según el apartado 3 del mismo artículo, será necesario el consentimiento escrito del paciente, "dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos".

Por tanto, como regla general, se proporcionará la información al paciente de forma oral, si bien dejando constancia en la historia clínica de que así se ha realizado, y éste prestará su consentimiento también verbalmente; no obstante, en determinados supuestos, como el de la cirugía, el consentimiento habrá de formalizarse por escrito.

El sentido de la Ley de Autonomía del Paciente, de conformidad con la Constitución y con los convenios internacionales suscritos sobre la materia, y como su propio nombre indica, es reconocer a éste su autonomía individual, como expresión de su dignidad humana y de su derecho a la integridad física y moral. Esto significa que el consentimiento informado se concibe, no como un acto puntual y de tipo contractual con el servicio sanitario, sino como un proceso en el que el paciente ejerce su autonomía personal. De ahí que discurren en paralelo la información médica y el consentimiento en continuar recibiendo la atención sanitaria ofrecida. La Ley presupone una relación de mutua confianza entre médico y paciente, lo que conduce a que por regla general, como se establece en su artículo 4.1, baste que en la historia clínica haya constancia de que al paciente se le tiene informado. Sólo en actos relevantes de ese proceso, como es el caso de una intervención quirúrgica, se exige la formalización por escrito de ese consentimiento. Aunque no lo impone expresamente la Ley, en aras de su mejor cumplimiento y de la seguridad jurídica tanto del paciente como del médico, también se suele incluir en el escrito del consentimiento un resumen de lo más relevante de la información que éste debe dar a aquél, de manera comprensible y suficiente, sobre la conveniencia o la necesidad de la intervención, en qué va a consistir y sobre los riesgos habituales de la misma.

Sin duda es deseable que la información contenida en las hojas de consentimiento informado sea más concreta de lo que a veces es y, sobre todo, que se rellene su contenido con observaciones particulares del paciente de que se trate. Sin embargo, en el presente caso no resulta fundada la denuncia del reclamante sobre la invalidez de la hoja del consentimiento informado. En él consta una explicación sobre la enfermedad y la intervención, así como las posibles alternativas diagnósticas y los riesgos típicos de la misma. También hace referencia a que el paciente ha tenido posibilidad de formular preguntas y a la aclaración de sus posibles dudas, hallándose firmado por el reclamante, por lo que consideramos que es conforme con la normativa de aplicación y crea la obligación jurídica de soportar el daño padecido que, como ya hemos razonado, no se ha probado que sea consecuencia de una infracción de la *lex artis* ni de una deficiente atención sanitaria. Por otra parte, la intervención realizada el día 26 del mismo mes se practicó con carácter de urgencia y la normativa aplicable, ya citada, exceptúa de la necesidad de recabar el consentimiento escrito en casos de riesgo inmediato grave para la integridad física del paciente, a lo que cabe añadir que ningún efecto dañoso se ha ligado a esta segunda intervención.

Además, al reintervenir al paciente el día 26 de octubre de 2003, no se halló hematoma, según se había interpretado al ver la RNM que se realizó, sino edema con pequeños sangrados que, como señala el informe técnico de evaluación, es una posible complicación de cualquier intervención quirúrgica.

En suma, todos los informes emitidos en el procedimiento coinciden en que la actuación de los médicos fue adecuada y conforme con la *lex artis*, pues se utilizaron todos los medios disponibles para el diagnóstico y tratamiento del reclamante, por lo que no cabe establecer relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños que sufre el reclamante, pues éstos serían manifestación de uno de los riesgos de la intervención a que fue sometido y que asumió al firmar el consentimiento informado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación formulada 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.