

Expediente Núm. 180/2010
Dictamen Núm. 36/2011

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 febrero de 2011, 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 5 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia médica prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de diciembre de 2009, la reclamante presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de lo que estima un erróneo diagnóstico de su enfermedad por parte del servicio público sanitario.

Inicia su relato refiriendo que el día 27 de junio de 2009 acude a su centro de salud “con motivo de unas molestias” en la micción, siendo remitida al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde tras realizarle una valoración le diagnostican “infección urinaria/cistitis”, prescribiéndole un tratamiento. Con

fecha 9 de julio de 2009, acude al Servicio de Urología del citado hospital “a fin de ser valorada”, concluyendo el especialista que “dado que los sedimentos no son claros de infección urinaria, ni la clínica y que no ha respondido a múltiples antibióticos, sería preciso ampliar los estudios (...) con citologías, eco-TAC y citoscopia para descartar otro origen del proceso”. Sin embargo, sigue relatando la interesada, como no la citan hasta el día 7 de septiembre, ese mismo día se presenta en el Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, donde tras “el preceptivo reconocimiento” se le diagnostica “síndrome irritativo vaginal”. Se le prescribe tratamiento y se solicita “eco y cultivo”.

Añade que “ante la persistencia de mi malestar y la falta de una solución satisfactoria”, se ve “en la obligación de acudir a los servicios médicos de ámbito privado”, a los que acude “a los tres días, es decir, el 11 de julio”. Finalmente, indica que en dicho centro es “intervenida de urgencia el 21 de julio en base al diagnóstico final, consistente en prolapso genital por fracaso de cámara anterior media y tercio superior de la posterior”.

Considera que “la falta de diligencia en la atención que debió merecer” su patología “y los continuos retrasos y dilaciones” la obligaron a “acudir a un centro sanitario de ámbito privado”, dado que los “distintos diagnósticos” que se le “van proporcionando, son una cadena de errores, ya que en nada tienen que ver con la patología definitiva diagnosticada”.

Solicita una indemnización por importe de siete mil quinientos noventa y cuatro euros con ochenta y seis céntimos (7.594,86 €).

Adjunta copia de la siguiente documentación: a) Informes médicos de su centro de salud y del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, ambos de fecha 27 de junio de 2009. b) Informes del Servicio de Urología del Hospital “X” y del Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, del 9 de julio de 2009. c) Informe del Servicio de Urología del centro privado. d) Tres facturas sobre la intervención en el centro privado.

2. El día 23 de diciembre de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con

arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 30 de diciembre de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita al Director Gerente del Hospital "Y" una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe del Servicio de Urgencias, y a la Gerencia del Hospital "X" la historia clínica, así como informes de los Servicios de Urgencias y Urología.

4. Con fecha 18 de enero de 2010, se registra la documentación remitida por el Hospital "X" al Servicio instructor, entre la que se encuentra una copia de la historia clínica de la perjudicada, quedando pendiente el informe del servicio correspondiente.

5. Mediante escrito registrado el 20 de enero de 2010, el Secretario General del Hospital "Y" traslada al Servicio instructor copia de los documentos que figuran en la historia clínica de la paciente, así como el informe emitido por el Servicio de Urgencias.

6. El día 22 de enero de 2010, la Directora Médica del Hospital "X", remite al Servicio instructor el informe del Servicio de Urología requerido.

7. Con fecha 3 de febrero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que "la paciente abandona voluntariamente y sin causa alguna que lo justifique la asistencia sanitaria pública para ser tratada en la medicina privada". Describe que estaba siendo tratada tras haber acudido al centro de salud y al Servicio de Urgencias y de Urología del Hospital "X" donde se consideró "que la infección urinaria estaba resuelta pero que las molestias resultantes precisaban de más estudios para saber su etiología". Tras comunicar a la paciente que dichos estudios tenían "una demora de uno a dos meses", ese mismo día acude al Servicio de Urgencias del Hospital "Y" donde "se le indica la necesidad de estudiarla previa cita y se le da un volante

solicitando ecografía y cultivo de orina y consulta en el Servicio de Urología”, pero “dos días después de motu proprio decide abandonar el servicio público”.

8. Mediante escritos de 4 de febrero de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa, y del expediente completo a la correeduría de seguros.

9. El día 17 de mayo de 2010 se notifica a la reclamante 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.

El día 23 de ese mismo mes la interesada se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por cincuenta y seis (56) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 2 de junio de 2010, un representante de la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta su “total desacuerdo con el informe técnico de evaluación”, puesto que la reclamante no fue “diagnosticada correctamente” en la sanidad pública, siendo los “servicios de titularidad privada los que aciertan diligentemente con el diagnóstico”, reafirmando en la indemnización solicitada en la reclamación inicial.

11. Con fecha 9 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al concluir que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la lex artis”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de julio de 2010, registrado de entrada el día 8 del mismo mes, 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 la interesada activamente legitimada 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 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el alta tras la intervención quirúrgica realizada en la sanidad privada- el

día 24 de julio del mismo año, por lo que es claro que ha sido interpuesta en el plazo de un año legalmente establecido.

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.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya 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, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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.- La reclamante interesa una indemnización por un conjunto de daños que estima derivados de una incorrecta asistencia prestada por los servicios públicos sanitarios.

Como hemos dejado expuesto en los antecedentes, la interesada entiende que una cadena de errores diagnósticos -que se habrían iniciado con

la asistencia prestada en su centro de salud y a continuación, el mismo día 27 de junio de 2009, en el Servicio de Urgencias del Hospital "X", y que culminaron el día 9 de julio de 2009 con las consultas al especialista en Urología de dicho centro y al Servicio de Urgencias del Hospital "Y"-, condujeron, "ante la persistencia" del malestar y "la falta de una solución satisfactoria" de los servicios públicos sanitarios, a que se viera obligada a acudir a una clínica privada.

Con base en ello imputa a la Administración sanitaria un daño económico, que concreta en los gastos ocasionados en la medicina privada por los estudios previos, la práctica de una operación quirúrgica y los gastos postoperatorios.

Analizado el expediente, no alberga ninguna duda este Consejo Consultivo de que a la interesada le fue realizada una "histerectomía por vía vaginal" en una clínica privada el día 21 de julio de 2009, como consecuencia del diagnóstico de "prolapso genital por fracaso de cámara anterior media y tercio superior de la posterior", causando alta el día 24 del mismo mes. Por ello, con independencia de la valoración concreta de los daños que alega, hemos de considerar acreditada la práctica de la intervención quirúrgica a la que la interesada anuda la responsabilidad patrimonial que analizamos.

Dado que solicita el reembolso de gastos sanitarios ocasionados en la medicina privada, hemos de señalar que en diversos dictámenes anteriores, los Núm. 241/2006, 8/2007, y más recientemente en el Núm. 281/2010, ya abordamos la distinción entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en los casos que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Respecto al citado reembolso, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, determina, en su artículo 4.3, las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo sólo resulta procedente en "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital" y "una vez comprobado que no

se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”.

La interesada, en lugar de solicitar el reembolso de gastos, ha optado por la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración pública sin invocar una necesidad vital urgente, sino la pérdida de confianza en el sistema sanitario público, que abandonó de manera voluntaria. Nada obsta al planteamiento de una responsabilidad patrimonial cifrada en el importe de los gastos sanitarios, si bien ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de responsabilidad patrimonial. Consecuentemente, habrá que analizar si nos hallamos ante un daño real, efectivo, evaluable económicamente y antijurídico -en definitiva, un daño que la interesada no tenga la obligación de soportar-, y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Hemos de recordar entonces que la mera constatación de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos 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 aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

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*. Entendemos por tal, de

acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la 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 -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la 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.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados ante los síntomas manifestados por el paciente, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios materiales disponibles o cuya disponibilidad razonablemente cabe exigir en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada, sin que la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Imputa la interesada a la Administración el daño económico ocasionado por haber tenido que acudir a la sanidad privada, donde le practicaron una "intervención quirúrgica urgente, porque de lo contrario las consecuencias-

secuelas serían de imposible reparación”, debido, en su opinión, a “la falta de diligencia en la atención”, a los “continuos retrasos y dilaciones” y a “los distintos diagnósticos” erróneos del servicio público sanitario.

Procede analizar, por ello, si efectivamente se han producido los errores diagnósticos y las dilaciones y retrasos que la interesada imputa a la Administración sanitaria.

La perjudicada señala que acude el día 27 de junio de 2009 a su centro de salud, tras estar a tratamiento desde hace 10 días debido a molestias miccionales, y que ante la falta de mejoría, es remitida ese mismo día al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde tras la realización de una serie de pruebas se le diagnostica “infección urinaria/cistitis”, pautándole continuar con uno de los antibióticos hasta completar 10 días de tratamiento. Continúa indicando que el día 9 de julio de 2009 acude al Servicio de Urología del citado hospital y el especialista le comunica la necesidad de ampliar los estudios realizados, pero que no hay posibilidades de valorarla en consulta antes de septiembre, por lo que decide “ese mismo día” acudir “al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, donde -prosigue diciendo- “se me diagnostica síndrome irritativo vaginal, prescribiéndome el tratamiento de paracetamol (...), solicitando eco y cultivo, y se solicita consulta para ver resultados”. Finalmente, señala que, ante la falta “de una solución satisfactoria”, se ve “en la obligación de acudir a los servicios médicos del ámbito privado (...) el 11 de julio”, siendo “intervenida de urgencia el 21 de julio en base al diagnóstico final consistente en prolapso genital por fracaso de cámara anterior media y tercio superior de la posterior”.

Entre los documentos obrantes en el expediente que analizamos resulta acreditado que la reclamante fue atendida el 27 de junio de 2009 en su centro de salud y en el Hospital “X”, constando en el informe de alta de Urgencias “impresión diagnóstica: Infección urin./Cistitis”; posteriormente acude para ser valorada al Servicio de Urología del citado hospital el día 9 de julio de 2009, detallando el informe de Urología que, “dado que los sedimentos no son claros de infección urinaria, ni la clínica, y que no ha respondido a múltiples antibióticos, sería preciso ampliar los estudios de manera ambulatoria con citologías, eco-TAC y cistoscopia, para descartar el origen del proceso”, también

se le indica que "sería preciso valorarla en la consulta con los estudios, pero que no existe posibilidad de estudiarla previamente al 7 de septiembre (...) por lo que ante este hecho decide ser valorada en otro centro". El informe del Jefe del Servicio de Urología de dicho hospital, de fecha 19 de enero de 2010, corrobora estos hechos.

Efectivamente, la interesada decide el mismo día 9 de julio de 2009 acudir al Hospital "Y", donde es atendida, según consta en el informe del Coordinador de Urgencias, en "el Servicio de Urología" del Hospital "Y", que "considera el cuadro compatible con un síndrome irritativo vesical", por lo que se le pauta un tratamiento y "se le da un volante solicitando ecografía y cultivo de orina y consulta en el Servicio de Urología para ser valorada una vez se tenga el estudio ecográfico realizado"; este informe finaliza indicando que la paciente "tampoco está de acuerdo con esta situación y se dirige voluntariamente a un hospital privado, el día 11 de julio, donde se la cita para cirugía programada de prolapso vaginal e histerectomía para el 21 de julio de 2009, momento en que se realiza la intervención".

Por último, el informe técnico de evaluación resalta el carácter "programado" de la intervención, señalando que "en ningún caso consta que la intervención fuese urgente y prueba de ello es que se realizó diez días después de la primera consulta"; en el mismo sentido se pronuncia el informe del Jefe del Servicio de Urología del Hospital "X", que afirma que "no consideramos urgente ni el diagnóstico ni el tratamiento de la patología".

A la vista de todo ello, no cabe entender que las dos impresiones diagnósticas efectuados por el servicio sanitario público hayan quedado desvirtuadas por ningún otro informe médico, pues como bien se le indicó a la reclamante era necesario realizar una ecografía para efectuar un diagnóstico más preciso, por lo que, contrariamente a lo que manifiesta, no solo no resultan acreditados los errores diagnósticos, sino que en la documentación aportada por la propia interesada consta que en la clínica privada se necesitó la práctica de la misma prueba propuesta en el servicio público, una ecografía, para alcanzar el diagnóstico. Es decir, a los especialistas privados tampoco les era posible concluir un diagnóstico final sin la realización de tal prueba.

No estamos por tanto ante un error diagnóstico, sino ante la opción de la interesada de abandonar voluntariamente la sanidad pública antes de que el servicio público culminara la práctica de las pruebas necesarias y, por ello, sin dar opción a que dichos servicios alcanzaran la conclusión del proceso diagnóstico emprendido.

Por otro lado, tampoco es posible considerar acreditadas las afirmaciones genéricas de la reclamante sobre la falta de atención y los continuos retrasos y dilaciones. Muy al contrario, el análisis de todo el proceso demuestra que la paciente, cuando acude a los hospitales comarcal y central los días 27 de junio y 9 de julio de 2009, es atendida de forma inmediata, tanto por los Servicios de Urgencias como por los especializados de Urología, practicándole el mismo día en que fue atendida una serie de pruebas, y pautándosele el tratamiento correspondiente, sin perjuicio de que se le haya indicado la necesidad de realizar exámenes complementarios. No obstante, disconforme con ello, la interesada acudió a una clínica privada a los dos días -11 de julio-, sin que se hubiese producido hasta ese momento dilación alguna. Pues no considera este Consejo que quepa calificar de retraso causante de daños antijurídicos el hecho de que se programe un lapso de dos meses entre la fecha en que se solicitan nuevas pruebas y la fecha prevista para valorar sus resultados, salvo que nos encontrásemos ante una patología que exigiera una intervención urgente.

Esta última consideración nos aboca a analizar este aspecto a la luz de los datos obrantes en el expediente, puesto que la reclamante alega que la intervención quirúrgica era urgente, ya que "de lo contrario, las consecuencias-secuelas serían de imposible reparación". La interesada no aporta prueba alguna al respecto de tal afirmación, y los únicos informes incorporados por la Administración, no contradichos por la reclamante, señalan que la intervención a la que fue sometida en una clínica privada no era urgente -así lo indican tanto el Jefe del Servicio de Urología del Hospital "X" como el informe técnico de evaluación-. Este último informe señala que la programación temporal de la intervención por parte de la propia clínica privada demuestra que no se trataba de un supuesto de urgencia.

En definitiva, la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*, no apreciándose

relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el daño alegado, ya que este es consecuencia de la decisión libre y voluntaria de la reclamante de abandonar el servicio público, sin que concurriera ninguna circunstancia objetiva que lo justificara, de modo que el perjuicio por el que se reclama tiene origen exclusivo en una decisión personal de la interesada, viniendo obligada a soportarlo.

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.