

Expediente Núm. 131/2010
Dictamen Núm. 100/2011

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 17 de marzo 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 21 de abril de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 6 de febrero de 2009 el reclamante, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que afirma sufridos como consecuencia de la, a su juicio, defectuosa atención médica dispensada en un centro de salud dependiente del servicio público sanitario.

Inicia su escrito refiriendo que el día 9 de febrero de 2008, sobre las cuatro de la madrugada, acudió a un centro de salud dependiente del servicio público sanitario "aquejado de un fuerte dolor en el pecho". Tras ser sometido a reconocimiento por una facultativa, y serle realizado un electrocardiograma, se le diagnosticó "presión alta (sin hipertensión)" y "dolor torax muscular", "suministrándole captotril y alprozalam (...) con la finalidad de controlar la tensión y prescribiéndole un tratamiento consistente en Dolorac 600 mg durante dos días, es decir, una medicación propia de un simple catarro". Continúa el reclamante relatando que ante la persistencia del dolor acudió a las catorce horas del mismo día de nuevo al centro de salud, "siendo informado por una administrativa de que de catorce a dieciséis horas no atendían al público y que no había nadie porque el personal de servicio se encontraba comiendo". Sobre las dieciséis horas del mismo día ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital donde, "tras ser objeto de reconocimiento fue diagnosticado de enfermedad coronaria severa de tres vasos con obstrucción completa a nivel DA y CD, siéndole practicada con carácter de urgencia una angioplastia+implantación de stent de cromo-cobalto sobre DA media, dejándose igualmente constancia de que el paciente había ingresado con el diagnóstico provisional de infarto anterior". Continúa el interesado relatando que, "como consecuencia del infarto padecido, a quien suscribe le ha quedado una lesión cardíaca del cincuenta por ciento -50%-, a la que no es ajeno el largo tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico emitido por la doctora del centro de salud (...) y la atención recibida en el Hospital". En los días posteriores al alta médica, que se produjo el 14 de febrero de 2008, el reclamante se personó en el centro de salud "con la finalidad de solicitar una copia del informe de la asistencia de la que había sido objeto (...), así como del electrocardiograma que le había sido realizado, siendo informado de que el informe constaba únicamente en el sistema informático y que el electrocardiograma ¡había desaparecido y no se sabía donde estaba!". La misma solicitud es reiterada el día 19 de febrero de 2008 mediante requerimiento notarial, con el resultado de que el día 20 le fue facilitada copia

“de toda la documentación obrante en su historia clínica en lo que atención primaria se refiere, pero sin aportar la copia del electrocardiograma”.

En atención al relato anterior, el reclamante concluye que “deviene incuestionable que hubo un error de diagnóstico por parte de la facultativa del centro de salud (...) al no haber valorado acertadamente que quien suscribe, cuando se personó en dicho centro a las cuatro de la madrugada del día 9 de febrero de 2008, tenía un infarto, error que determinó que no se pusieran los medios de tratamiento adecuados al padecimiento que sufría, resultando evidente que esa indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que se produjo como consecuencia de aquel error médico de diagnóstico, resulta sancionable”.

Finaliza su escrito solicitando una indemnización de doscientos cuarenta y cuatro mil setecientos cuarenta y cinco euros (244.745 €). Interesa la práctica de los siguientes medios de prueba: “copia de todos los informes emitidos sobre la asistencia realizada a quien suscribe en relación con el infarto sufrido en fecha 9 de febrero de 2008 (...). Informe sobre la concreta lesión cardiovascular que le ha quedado a quien suscribe como consecuencia de dicho infarto”.

Adjunta a la reclamación la siguiente documentación: a) Acta de requerimiento notarial del informe e historial clínico realizado al reclamante como consecuencia de la asistencia prestada al mismo el día 9 de febrero de 2008 en un centro de salud. b) Historial clínico del reclamante obrante en el centro de salud. c) Informe del servicio de cardiología del Hospital en relación con el ingreso de fecha 9 de febrero de 2008. d) Copia de la receta médica prescrita por la facultativa del centro de salud el día 9 de febrero de 2008.

2. Mediante escrito notificado al reclamante el día 26 de febrero de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) le comunica 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. El día 12 de marzo de 2009, la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV (Oviedo) remite al servicio instructor copia completa de la historia clínica del perjudicado, así como un informe facilitado por el Médico de Familia del centro de salud al que acudió el reclamante en la madrugada del día 9 de febrero de 2008. En el inciso final de este informe se señala que “se buscó el electrocardiograma hecho según la historia clínica por todo el centro sin encontrarla”. El día 13 de marzo de 2009, la misma Gerencia remite al servicio instructor copia de un informe elaborado por la facultativa que prestó la asistencia al reclamante en el centro de salud en esa madrugada del día 9 de febrero de 2008.

4. Con fecha 25 de septiembre de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En este informe se describen los hechos contenidos en la reclamación, procediéndose a continuación a examinar la acreditación del daño alegado. En el apartado de valoración, se informa: “paciente que sufrió infarto de miocardio, siendo sometido a reconocimiento la médico de atención primaria, con práctica de ECG, que fue negativo, por lo que diagnosticó, tras exploración y toma de tensión arterial, presión alta y dolor tórax muscular (...). Es evidente que la sospecha clínica de coronariopatía fue baja, influyendo posiblemente en ello la no actividad eléctrica en el ECG practicado (...). Este retraso diagnóstico pudo disminuir las posibilidades de curación del paciente, siendo evidente que cuanto más avanzado se encuentre el proceso, menos posibilidades de éxito ofrece el tratamiento a instaurar, pero afortunadamente en este caso, la evolución del proceso fue favorable, instaurando un diagnóstico y un tratamiento certero, sin consecuencias negativas para el paciente (...). El extravío burocrático al que alude el reclamante, existió, pero sin consecuencias irreversibles. Considero que debe hablarse de un mal planteamiento, en afán de evitar una derivación al paciente al hospital, cuando los síntomas no eran del

todo evidentes. Aunque se hubiese actuado más precozmente, el resultado no habría variado, dado que la obstrucción de los vasos ya existía (...). No hubo conducta imprudente y solo equivocación de enjuiciamiento, subsanado en horas, y sin consecuencias". Finaliza este Informe Técnico de Evaluación con un juicio global sobre la pertinencia de la reclamación en la que la informante propone, al entender que "la actuación de los profesionales que intervinieron en el proceso asistencial del perjudicado fue acorde a la lex artis profesional", la desestimación de la reclamación interpuesta.

5. Consta en el expediente remitido una diligencia, fechada el día 30 de septiembre de 2009, de declaración en comparecencia personal por parte del reclamante ante una funcionaria de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en la que confiere representación a un abogado, que identifica, "para (...) entablar recursos, desistir de acciones o renunciar a derechos en mi nombre".

6. El día 30 de septiembre de 2009, el reclamante presenta en el registro del Principado de Asturias un escrito al que acompaña documentación acreditativa de que el Instituto Nacional de la Seguridad Social aprobó, en fecha 2 de abril de 2009, concederle una prestación de pensión de incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo.

7. Mediante escritos de 7 de octubre de 2009, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 5 de diciembre de 2009, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En él se consigna que "este paciente presentaba cuando llegó al servicio de urgencias un infarto agudo de miocardio de varias horas de evolución ya que habían aparecido ondas Q en el electrocardiograma. No ha sido posible recuperar el que se le hizo en el centro de salud, pero es razonable

pensar que, si este registro fue interpretado como normal, es porque no presentaba los hallazgos que se vieron en el hospital. Cuando un médico realiza un electrocardiograma por dolor torácico su primer objetivo es descartar un infarto agudo de miocardio y, por tanto lo primero que busca son los signos electrocardiográficos de infarto. Si la médico que le atendió no los vio es porque en ese momento no los tenía. Este hecho no es sorprendente. En primer lugar, porque no se puede asegurar que en ese momento el paciente tuviese un infarto agudo de miocardio, pudiendo aparecer con posterioridad. En segundo lugar, porque, aunque existiese el infarto, hemos indicado que las alteraciones del electrocardiograma pueden tardar horas en aparecer. Para hacer el diagnóstico de infarto agudo de miocardio el paciente debe tener dos de los tres criterios siguientes: dolor torácico sugestivo, es decir de características isquémicas, electrocardiograma con signos de infarto agudo de miocardio, elevación de enzimas miocárdicas (troponina y/o creatininkinasa). Este paciente no tenía un dolor torácico sugestivo de infarto porque era un dolor de 15 días de evolución, aumentaba con inspiración profunda y con los cambios posturales lo que sugiere (...) un dolor de origen osteomuscular. El electrocardiograma no mostraba signos de infarto. Por lo tanto no era necesario hacer enzimas miocárdicas ya que nada indicaba que se tratase de un infarto de miocardio (...). Independientemente de si el paciente tenía o no infarto agudo de miocardio cuando acudió al centro de salud, lo cierto es que el posible retraso en el diagnóstico no ha tenido ninguna repercusión en la salud del paciente. Cuando llegó a urgencias se decidió hacer angioplastia primaria con lo que se solucionó el problema de la obstrucción de la arteria coronaria que provocaba el infarto. Es lo mismo que se hubiese hecho si el paciente es diagnosticado antes. El electrocardiograma no mostró ninguna alteración significativa como secuela del infarto. La hipertrofia ventricular es consecuencia de la hipertensión arterial y la fracción de eyección del 50% es normal. En este sentido, en la reclamación se habla erróneamente de una lesión cardíaca del 50%, interpretando que una fracción de eyección de ventrículo izquierdo del 50% es la mitad de lo normal y no es así. La fracción de eyección se calcula dividiendo el volumen sistólico entre el volumen telediastólico. El resultado de esta división debe ser de 0.5 o

más lo que corresponde a un % de 50 o más. Como este paciente tenía 50% estaba en el límite inferior de lo normal”.

9. El día 5 de enero de 2010 se notifica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 13 de enero de 2010 se presenta en las dependencias administrativas el representante del reclamante y se le facilita una copia del mismo compuesto por ciento cuarenta (140) folios, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

10. Con fecha 22 de enero de 2010, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones suscrito por el representante del reclamante. En la primera de estas alegaciones se señala que “la instrucción del expediente ha venido a confirmar y ratificar la veracidad y certeza indubitadas de cuantas alegaciones constan realizadas en el inicial escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial del que dicho expediente administrativo causa”; a continuación, cuestiona diferentes aspectos de la instrucción llevada a cabo del expediente, así como las conclusiones que se contienen en los diferentes informes obrantes en el mismo. En este sentido, y respecto a la pérdida del electrocardiograma realizada al perjudicado en la madrugada del día 9 de febrero de 2008 en el centro de salud, se señala que “así las cosas, insistimos, todos y cada uno de los profesionales que han informado durante la instrucción de este expediente se han limitado a constatar en sus informes el extravío del electrocardiograma realizado a mi representado, y, en una actitud absolutamente corporativista y difícilmente compatible con los más elementales principios de la ética, han aprovechado tal extravío o desaparición para justificar o reputar correcta la actuación de una compañera de profesión con argumentos tan pueriles como ‘el electrocardiograma no mostraba signos de infarto’, ‘independientemente de si el paciente tenía o no infarto agudo de miocardio cuando acudió al centro de salud, lo cierto es que el posible retraso en el diagnóstico no ha tenido ninguna repercusión en la salud del paciente’, que resultan verdaderamente sorprendentes y no se alcanzan a

entender, al margen de estar en abierta contradicción con lo que los facultativos del Hospital manifestaron a mi patrocinado". Cuestiona, asimismo, el dato erróneo que se contiene en los diferentes informes obrantes en el expediente, en concreto que su ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital, se produjera transcurridas 30 horas de la asistencia sanitaria que le fue prestada a las 4:00 horas del día 9 de febrero de 2008 en el centro de salud. Reproduce a continuación la solicitud de incorporación al expediente como medios de prueba de los informes solicitados ya en el escrito inicial, a cuyo efecto señala que "en definitiva, se han practicado única y exclusivamente aquellas pruebas que la Administración requerida ha tenido a bien, obviando en todo momento las solicitadas por esta parte; deviniendo incuestionable la manifiesta indefensión provocada a mi representado por tal circunstancia, por cuanto con ello se ha impedido la constancia en el expediente de datos de carácter relevante que no solo no se han tenido en cuenta en la redacción de los informes referidos en el párrafo anterior, sino que incluso se niegan (...) de manera absolutamente incomprensible".

Respecto al contenido de los informes incorporados al expediente, la representación del reclamante comienza por descalificar el elaborado por la facultativo que atendió al perjudicado en el centro de salud, en los siguientes términos: "dicho informe y nada es absolutamente lo mismo, al haberse limitado a dar o facilitar lo que vulgarmente se conoce como un 'pantallazo', es decir, imprimir una copia del informe realizado por la misma el día que tuvo lugar la consulta". Se cuestionan igualmente en estas alegaciones tanto el informe técnico de evaluación como el dictamen de la asesoría privada obrantes en el expediente, tanto desde la perspectiva de sus presupuestos de partida, como de las conclusiones contenidas en los mismos. Finaliza reiterando los términos del escrito de reclamación inicial, así como insistiendo en la práctica de la prueba interesada en el mismo, que en este trámite se reproduce.

11. En fecha 23 de marzo de 2010, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que en el escrito de alegaciones se "pide la realización de una serie de pruebas, que ya

habían solicitadas en el escrito de reclamación”, y que pretenden poner de manifiesto que “este paciente acudió a las cuatro de la mañana del día 9 de febrero de 2008 al centro de salud (...) con un episodio de dolor torácico y acompañado de cortejo vegetativo, siendo diagnosticado (por una médica adscrita de manera temporal al centro de salud) de presión alta y dolor muscular en tórax. Le realiza un ECG sin signos electrocardiográficos de infarto, por lo que le remite a su domicilio con una serie de recomendaciones, entre las que se encontraba el volver si se sentía mal de nuevo (...). Que efectivamente el informe se extravió, pero eso no quiere decir que no se haya hecho (pudiendo haber sido mal archivado o simplemente perdido), incidencia que efectivamente hubo, pero sin poder negar su práctica, siendo testigo de ello, el propio paciente (...). Que, en el caso de existir alteraciones del mismo (positividad), la médica responsable del proceso asistencial, habría derivado al paciente al hospital, no encontrando razón alguna para que no lo hiciera, siendo evidente que, no querría someter al paciente a un riesgo y ella estar implicada a posterior en una reclamación (...). Que, transcurridas doce horas de haberse producido el episodio y por evolución negativa del proceso, el paciente decidió acudir al hospital con signos y síntomas más evidentes de enfermedad coronaria, con positividad en el ECG y enzimas cardíacas normales, pero siendo más sencillo el establecimiento de un diagnóstico correcto. En la valoración de esta reclamación existe una demora diagnóstica de 12 horas, sin consecuencias reseñables ni negativas para el paciente, salvo las derivadas del proceso patológico por el sufrido, efectivamente grave”. Por último, la propuesta de resolución señala que, “independientemente de si el paciente tenía o no IAM cuando acudió al centro de salud, la evolución hubiese sido la misma aunque el diagnóstico se hubiese sospechado antes, ya que se aplicó el mismo tratamiento que se hubiese hecho horas antes y no quedaron secuelas del infarto. La fracción de eyección del 50% es normal y no significa una lesión cardíaca del 50%, como recogen en la reclamación”. Por tanto, propone “desestimar la reclamación que por responsabilidad patrimonial ha formulado el reclamante”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de abril de 2010, registrado de entrada el día 27 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 el reclamante activamente legitimado para formular, en su propio nombre y derecho, reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante.

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 6 de febrero de 2009, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen la reclamación planteada -la asistencia prestada al reclamante en un centro de salud dependiente del servicio sanitario público- a las 4:00 horas del día 9 de febrero de 2008, 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, y si bien se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución, este Consejo constata que en el procedimiento instruido no se ha dado cumplimiento al fundamental requisito de incorporación al mismo del informe de los servicios afectados, en los términos que exige el artículo 10 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, cuyo apartado 1, párrafo segundo, dispone que "en todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable". Ciertamente es que en el expediente remitido constan dos informes provenientes del centro de salud al que el reclamante acudió en la

madrugada del día 9 de febrero de 2008 y donde recibió la atención sanitaria sobre la que el mismo fundamenta la reclamación objeto de estudio. El primero de estos informes, suscrito por el Médico de Familia del centro de salud, solamente sirve para concluir que el electrocardiograma realizado al reclamante en aquel momento se ha perdido de una manera que parece irremediable. Respecto de la atención prestada al reclamante, la información de este facultativo nada aporta, ya que, tal y como manifiesta, "a este paciente lo conocí cuando ya estaba de alta tras sufrir un infarto de miocardio (...). También debo manifestar que (...) yo me enteré del caso el lunes siguiente". Respecto al informe incorporado al expediente por la facultativa que, destinada temporalmente por aquellas fechas en el centro de salud, prestó la asistencia sanitaria al reclamante, tampoco cumple, a juicio de este Consejo, con las exigencias establecidas en el citado artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, toda vez que, como ya ha señalado hemos señalado en dictámenes precedentes (Núm. 44/2006, 131/2006, y 78/2007 entre otros), no puede considerarse jurídicamente correcto el criterio, que parece mantener el órgano instructor, de que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación queda cumplido con la incorporación de los informes evacuados durante el proceso sanitario asistencial y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación, que no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener sobre datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada. En el presente caso, el informe remitido por la facultativa actuante no es el que aquel Reglamento requiere, porque, como hemos señalado, forma parte de la historia clínica del paciente, como lo corrobora el dato de que ya fue facilitado al propio reclamante, que lo adjunta a su reclamación, tras requerir su historial clínico en el propio centro de salud, y tiene fecha anterior a la presentación de la reclamación, careciendo, en consecuencia del contenido a que se refiere el mencionado artículo 10.1 del

Reglamento. En este caso, teniendo en cuenta que se ha extraviado el electrocardiograma realizado al interesado, consideramos necesario que se proceda a requerir el informe personal de la doctora que prestó la asistencia analizada antes de realizar cualquier consideración sobre el fondo del asunto. Informe que, con carácter previo a su remisión a este Consejo, habrá de ser sometido al trámite de audiencia, incorporando al expediente las alegaciones que pudieran formularse tras su vista.

En el procedimiento se advierte, además, la omisión de actos expresos de instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba y la determinación de su plazo, así como, en lo que a la práctica de propuestas se refiere, razón de que no se hayan realizado las interesadas por el reclamante, tanto en su escrito inicial por el que se interpone la reclamación y que da inicio al expediente, como en las alegaciones efectuadas tras el posterior trámite de audiencia y vista del expediente, en el que el reclamante ante la falta de la incorporación al expediente de los informes solicitados, insiste en su incorporación al mismo, denunciado la indefensión que tal omisión pudiera suponer a sus intereses. En efecto, hemos de señalar a este respecto que no consta en la documentación remitida la preceptiva resolución motivada del instructor, en los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, conforme al cual “el órgano instructor solo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada”, y sin que a estos efectos puedan considerarse suficientes las “consideraciones” que al órgano instructor le “ofrece” esta petición de prueba, y que aparecen consignadas en el apartado 9 de la parte correspondiente “al procedimiento instruido” de los antecedentes de hecho de la propuesta de resolución, que se han relatado en el antecedente 11 de este dictamen.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la consulta solicitada y que debe retrotraerse el procedimiento al momento en que debió

incorporarse el informe del Servicio responsable de la prestación sanitaria objeto de la reclamación y, en su caso, de mantenerse la solicitud de prueba por parte del interesado, resolver la misma con las debidas formalidades reglamentarias, todo ello en los términos que hemos dejado expuestos en la consideración Cuarta del cuerpo de este dictamen, y previo nuevo trámite de audiencia, una vez formulada nueva propuesta de resolución, recabar a este Consejo el preceptivo dictamen.”

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.