

Expediente Núm. 240/2010
Dictamen Núm. 235/2011

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 30 de junio 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 agosto de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los gastos ocasionados a consecuencia del uso de los servicios sanitarios privados tras la denegación de asistencia en un hospital concertado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de agosto de 2008, la interesada presenta en el Registro General del Ministerio del Interior una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias en la que manifiesta que con fecha “30 de agosto de 2007” acudió a consulta “para solicitar una intervención de mamas debido a los fuertes dolores e incomodidades que padecía (...). Que tras un breve reconocimiento” el doctor me informó de “la inviabilidad de la operación, explicándome que el tejido a eliminar no sobrepasaría los 200 gramos y que sería necesario tener un

volumen mayor para proceder a la operación (...). Que debido a los dolores y molestias que padecía e incluso problemas psicológicos y viendo que por el Servicio de Salud del Principado de Asturias no se me iba a realizar la operación, decidí ingresar” en una clínica privada “para someterme a dicha operación (...). Que el parte médico del cirujano plástico (...) especifica que se me han reducido 375 gr del lado izquierdo y 450 gr del lado derecho (...). Que tras una reclamación al Servicio de Salud del Principado de Asturias solicitando cuáles eran los criterios para no proceder a mi intervención me contestan sin dejar nada claro, pero sí diciéndome que no se atiende para el presente caso a tablas o baremos de medidas (...). Que debo entender que la operación debió ser realizada por la Seguridad Social y no como resultó, teniendo que acudir a una clínica privada con los consiguientes gastos (...). Que el coste total de la operación (...) asciende a 7.360,18 euros, coste que no se hubiera producido” de no haber sido por “la negativa” de un doctor del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Solicita una indemnización por importe de siete mil trescientos sesenta euros con dieciocho céntimos (7.360,18 €).

Acompaña un escrito de una clínica privada de cirugía estética, un informe de la Subdirección de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) sobre la normativa que rige la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y dos facturas emitidas a su nombre por la clínica privada, por un importe de 7.360,18 €.

2. El día 2 de marzo de 2009, la reclamante presenta en el Registro General del Ministerio de Fomento un nuevo escrito solicitando la resolución expresa de la reclamación de responsabilidad patrimonial. Dado que el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios le informa, con fecha 16 de marzo de 2009, que “nunca se ha recibido dicha reclamación”, la interesada vuelve a presentar, con fecha 8 de abril de 2009 y en el Registro General del Ministerio de Fomento, un escrito al que adjunta una copia sellada de su reclamación inicial, indicando que las “sucesivas peticiones de resolución han interrumpido el plazo de prescripción legal de la acción”.

3. Con fecha 24 de abril de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios solicita al Director Gerente del Hospital una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe del Servicio que le prestó la asistencia y otro sobre la vinculación laboral de los profesionales que la atendieron.

4. El día 5 de mayo de 2009, el Director Gerente del Hospital remite al Servicio instructor un escrito al que acompaña copia de la historia clínica de la paciente.

En él refiere que “la paciente fue derivada el 27-03-07 desde la Unidad de Mama del Centro de Salud a nuestro Servicio de Cirugía Plástica para valoración de reducción mamaria (...). Fue valorada en consulta (...) el 30-08-07” desestimando el doctor que la atendió “la intervención por no cumplir los criterios pertinentes./ La paciente interpone una reclamación al Hospital (...) el 16-01-08 por estimar que la valoración realizada (...) no fue correcta./ El 22 de enero de 2008 me entrevisto” con ella “dejando claro que no se pueden poner en entredicho los criterios diagnósticos del doctor “debido a su cualificación y amplia experiencia profesional. Ante su insistencia se remite la paciente al Sespa”.

5. Con fecha 7 de mayo de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias (16 de abril de 2009), las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

6. El día 17 de junio de 2009, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto reitera al Director Gerente del Hospital la petición de un informe actualizado sobre la asistencia que le fue prestada a la perjudicada, así como sobre la vinculación laboral del profesional que la atendió.

7. Con fecha 2 de julio de 2009, el Subdirector del Hospital remite al Servicio instructor un escrito en el que señala que, "respecto al informe del Servicio, el médico responsable de la asistencia (...) se encuentra en situación de excedencia y por esa razón en su día no se aportó un informe complementario al escrito enviado por el Gerente. Este facultativo fue contratado por el (hospital) hasta la fecha de su excedencia, y por lo tanto la asistencia se realizó por personal del propio hospital y no por personal del Sespa". Añade que la "asistencia a la paciente en este centro se prestó en virtud del convenio singular de asistencia suscrito entre el Sespa y este centro".

Finaliza indicando que "la paciente fue derivada al Servicio de C. Plástica de nuestro centro para valoración de reducción de mama desde la Unidad de Mama (...) el 27 de marzo de 2007, siendo vista en consulta externa el 30 de agosto de 2007". Los registros en la historia clínica "establecen que la no indicación de cirugía en este caso se produce por la restricción que el Sespa establece para financiar las intervenciones quirúrgicas de carácter estético, en función de la exclusión de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, vigente en el momento en que se realizó la prestación del servicio".

Indica, asimismo, que remite copia íntegra de la historia clínica de la reclamante "que por error no fue enviada por la Dirección del centro a los servicios de Inspección como documentación adjunta a la respuesta del primer requerimiento".

8. El día 14 de enero de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que "en el caso que nos ocupa el cirujano plástico que la exploró, teniendo previamente realizado un estudio mamográfico, no consideró necesaria la intervención quirúrgica, salvo por razones estéticas, considerando que en este caso sólo existía una `no aceptación de la mujer de su imagen corporal`, hecho que no entraba en las prestaciones sanitarias del Sistema Público de Salud", añadiendo que "la reducción mamaria sólo está incluida en las prestaciones de la Seguridad Social en casos extremos, como la gigantomastia". Concluye, por tanto, que no se produjo denegación de asistencia, pues no hubo "proceso patológico alguno".

9. Mediante escritos de 2 de febrero de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. El día 21 de mayo de 2010, se le comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

11. Transcurrido el trámite de audiencia sin haberse formulado alegaciones, con fecha 28 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella manifiesta que “de acuerdo con la documentación examinada se puede concluir que el profesional médico” que atendió a la reclamante “no le denegó asistencia”, ya que no encontró, “previa exploración específica, proceso patológico alguno”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de agosto de 2010, registrado de entrada el día 11 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 como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial privado con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En el supuesto ahora examinado la atención prestada a la interesada, que concluyó con la negativa a la intervención quirúrgica por la que se reclama, lo ha sido en tanto que beneficiaria del sistema sanitario público y los servicios prestados se encontrarían incluidos en el convenio singular aludido, según se deduce de la documentación incorporada al expediente. Por ello, a la vista del escrito presentado por la reclamante, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC.

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 5 de agosto de 2008 ante uno de los registros legalmente habilitados, a

tenor de lo dispuesto en el artículo 38.4.b) de la LRJPAC, según se acredita en el Registro General del Ministerio del Interior. Por tanto, el hecho de que haya sido extraviada en algún momento no puede ser valorado en perjuicio de la interesada, como sucedería si considerásemos que ha sido presentada el día 2 de abril de 2009, momento en el que aquella reitera el escrito inicial de reclamación patrimonial previamente registrado. En consecuencia, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la negativa a la práctica de la intervención quirúrgica- el día 30 de agosto de 2007, es claro que la reclamación 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.

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 los gastos ocasionados como consecuencia de dos intervenciones quirúrgicas realizadas en una clínica privada que, a su entender, venía obligado a realizar el servicio público sanitario.

Como hemos dejado expuesto en los antecedentes, la perjudicada entiende que no fue correctamente valorada por el facultativo que la atendió en un hospital vinculado a la red pública asistencial y que, ante la negativa de este a practicarle una intervención quirúrgica de reducción mamaria bilateral, se vio obligada a acudir a una clínica privada “debido a los dolores y molestias que padecía e incluso problemas psicológicos”. Con base en ello imputa a la Administración sanitaria un daño económico, que concreta en los gastos ocasionados en la medicina privada por la práctica de dichas intervenciones.

Analizado el expediente, comprobamos la existencia de dos facturas de fechas 8 y 11 de octubre de 2007, giradas a nombre de la interesada, y correspondientes a dos intervenciones de “mamoplastia de reducción”. Por ello, con independencia de la valoración concreta de los daños que alega, hemos de considerar acreditada la práctica de las intervenciones quirúrgicas a las que la interesada anuda la responsabilidad patrimonial que examinamos.

Dado que solicita el reembolso de los gastos sanitarios ocasionados en la medicina privada, hemos de señalar que en diversos dictámenes (entre ellos, el Núm. 36/2011) ya analizamos 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 vez de solicitar el reembolso de gastos de acuerdo con tal procedimiento, ha presentado una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública sin invocar una necesidad vital urgente sino alegando el padecimiento de “dolores y molestias (...), e incluso problemas psicológicos”. Nada obsta a este planteamiento, si bien la pretensión indemnizatoria ha de sujetarse 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 reclamante no tenga la obligación de soportar-, y si el mismo ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Ahora bien, hemos de recordar 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 -en este caso por omisión de un determinado tratamiento quirúrgico- 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 solo 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 al haberle indicado el facultativo que la atendió “la inviabilidad de la operación” explicándole “que el tejido a eliminar no sobrepasaría los 200 gramos y que sería necesario tener un volumen mayor para proceder a la operación”. Sin embargo, señala que en la clínica privada le habrían reducido “375 gr del lado izquierdo y 450 gr del lado derecho”, lo que “denota el carácter poco profesional” del facultativo que la atendió.

Procede analizar, por ello, si efectivamente se ha producido el supuesto error diagnóstico que la interesada imputa a la Administración sanitaria, y al respecto constatamos en la historia clínica que acude al Servicio de Cirugía plástica al que imputa la desatención el día 30 de agosto de 2007. El facultativo que la atiende anota que “precisaría una reducción (aproximada) de 500 gr cada lado”, y que “no cumple criterios Sespa”, y el Subdirector del centro asistencial vinculado a la Administración sanitaria informa que la no prestación de la intervención demandada se debe a los criterios “que el Sespa establece para financiar las intervenciones quirúrgicas de carácter estético, en función de la exclusión de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, vigente en el momento en el que se realizó la prestación del servicio”.

La reclamante argumenta, en defensa de su pretensión, la existencia de “dolores y molestias”, así como problemas “psicológicos”. No obstante, pese a que le incumbe la carga de la prueba, no ha aportado ningún informe donde se recoja la existencia de tales síntomas, y tampoco ha desplegado actividad probatoria alguna que nos permita cuestionar la valoración efectuada por el facultativo responsable. En único dato en el que se apoya para demostrar el supuesto error en la valoración efectuada (la imposibilidad de reducir más de 200 gr) aparece desmentido en el “documento de consulta” correspondiente, donde se indica que deberían reducirse aproximadamente unos “500 gr (en) cada lado”.

Por su parte, el informe técnico de evaluación sostiene que no hay denegación de asistencia, puesto que el facultativo valoró que no existía proceso patológico alguno, y que “la reducción mamaria sólo está incluida en

las prestaciones de la Seguridad Social en casos extremos, como la gigantomastia”.

Como hemos indicado, ninguna prueba aporta la interesada en relación con el supuesto error de valoración, y por otro lado, 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, excluye expresamente todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con finalidad estética que no guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita, de forma que tan solo contempla intervenciones mamarias reparadoras de procesos patológicos o traumáticos previos o, como señala la Inspección Sanitaria, en casos extremos patológicos, como la gigantomastia, que no se ha probado que concorra en este supuesto.

A la vista de ello, no cabe entender que la negativa a realizar la intervención quirúrgica demandada tuviera su origen en una valoración errónea efectuada por el servicio asistencial vinculado a la red pública, sino que más bien todo parece indicar, como sostienen el informe técnico de evaluación y la propuesta de resolución, que la interesada no presentaba ningún proceso patológico y pretendía una intervención quirúrgica por exclusivas razones estéticas, algo que implicaría una “prestación no incluida” en “el Sistema Público de Salud, acudiendo por voluntad propia a (un) centro privado”.

No estamos, por tanto, ante un error diagnóstico que ocasione una desatención sanitaria sino ante una demanda de intervención quirúrgica que, por imperativo legal, el Sistema Nacional de Salud no presta, ni puede prestar, dado que tal prestación no se encuentra incluida en la minuciosa y completa relación de técnicas diagnósticas y terapéuticas, servicios y prestaciones diversas contenidas en los distintos anexos del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cuya ampliación o incremento, por otra parte, únicamente sería posible a través del procedimiento que se detalla en el artículo 8 de dicha norma.

En definitiva, la actuación de la Administración sanitaria fue correcta, 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 interesada de

acudir a una clínica privada donde se le practicaron dos intervenciones quirúrgicas no cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, viniendo por ello obligada a soportar los gastos causados.

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.