

Expediente Núm. 350/2010
Dictamen Núm. 280/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 27 de septiembre 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 10 de diciembre de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 26 de marzo de 2010, un letrado que actúa en nombre y representación de la perjudicada, presenta en un registro de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la que considera deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Inicia su relato refiriendo que la perjudicada es “beneficiaria del régimen de la Seguridad Social” y que entre sus antecedentes “hay que resaltar un carcinoma de mama (...) diagnosticado en el año 1997” y “cáncer de esófago diagnosticado en 2002”.

Relata que “en el verano de 2008”, acudió al “centro de salud del hospital” (*sic*) con un “cuadro de dolor abdominal” y que “examinada por el Servicio de Urología, y realizada ecografía abdomino pélvica junto con analítica de orina, se le indicó que no debía preocuparse por encontrarse tanto los riñones como la vejiga normales”. Explica que “el 15 de enero de 2010 (*sic*), acudió de nuevo al centro de salud, indicando que padecía cólicos muy dolorosos. El médico de guardia (...) que la examinó le indicó que apreciaba una pequeña inflamación en el riñón./ El día 1 de febrero de 2009 (...) ingresó en el Servicio de Urgencias del hospital”, en el que “le diagnosticaron un cólico nefrítico izquierdo, tras realización de analítica, ecografía abdominal, Rx de abdomen”.

Según relata, “dado que la paciente estaba pendiente de estudio por Urología por hematuria, y con el anterior diagnóstico, el médico de Urgencias decidió adelantar la visita con Urología al día 17 de febrero”. Ese día, “el médico examinó los resultados de las pruebas realizadas en Urgencias, entendiendo que se trata de un problema de cálculos en el riñón izquierdo, que impedían su normal funcionamiento. Decidió solicitar una urografía urovenosa”. Afirma que “dicha consulta fue consecuencia de la petición gestionada desde el Servicio de Urgencias el día 1 de febrero, si no es por esa gestión habría tenido que esperar durante meses”.

Continúa refiriendo que “el día 13 de marzo de 2009, (...) acudió nuevamente a la consulta del urólogo (...), al no haber cesado los dolores y carecer de tratamiento alguno./ Además todavía no había sido citada para la realización de la urografía prescrita (...), por lo que solicitó al facultativo que adelantara las pruebas prescritas. Ante su negativa, la paciente interpuso una queja en el Servicio de Atención al Paciente con el fin de agilizar la tramitación y ser asistida pues el dolor y su agotamiento físico ya se hacían insoportables./ A pesar de ello, se hizo caso omiso a su solicitud indicándole que se esperara a la realización de la urografía. En respuesta a esta reclamación se le remitió una carta de fecha 8 de abril de 2009 indicándole que ‘a todos nos gustaría que los tiempos de espera fueran inexistentes o menores, pero lamentablemente en la actualidad la demanda de estudios es superior a la capacidad de respuesta del

Servicio'. De esta manera se reconocía la falta de medios y recursos disponibles a disposición de la paciente".

Señala que "fue citada finalmente para el día 20 de abril de 2009 por el Servicio de Radiodiagnóstico donde tras realizar la prueba de urografía intravenosa se informó a (la paciente) que la función del riñón izquierdo estaba anulada./ Al día siguiente, el 21 de abril de 2009 el especialista en Urología insistió que se trataba de un problema de piedras en el riñón que requería intervención quirúrgica./ Así en este momento sin realizar ninguna apreciación ni plantear un diagnóstico diferencial ni proponer pruebas específicas se da de alta (a la perjudicada). Tampoco en esta consulta se identifica la imagen litiásica, aun así se establece la etiología como posible cálculo renal no definido. No se realiza exploración complementaria alguna. Se plantea la necesidad de desobstruir la vía renal previa confirmación de que la causa es dicho cálculo, con lo que en abril no tiene el diagnóstico confirmado".

Afirma que "la indicación de intervención creó serias dudas a (la paciente), sin embargo, el especialista, sin darle ninguna explicación, se limitó a insistir en la intervención. Por este motivo (...) solicitó un informe escrito del facultativo en el que este hizo constar:/ existe una anulación funcional del riñón izquierdo por probable uropatía obstructiva secundaria en principio a cálculo uretral distal pendiente de confirmar".

Según señala, "ante tal situación y la desconfianza generada por el servicio público sanitario, que la había tenido durante tres meses en lista de espera sin dar un alivio a sus padecimientos (...), se vio obligada a acudir a la medicina privada (...) en busca de un diagnóstico y tratamiento que paliara de algún modo su situación", y "el día 24 de abril de 2009" acudió a una consulta privada "donde se le explicó que las pruebas realizadas por el servicio público sanitario habían sido a todas luces insuficientes y que era necesario completar el estudio./ Asimismo indicó que la urografía que se le había realizado el día 20 de abril era defectuosa por cuanto se había efectuado sin retardo".

En la consulta privada, "tras la realización de estudios complementarios consistentes en scanner con contraste y sin contraste, se comprueba la existencia de ureterohidronefrosis izquierda, posiblemente por fibrosis retroperitoneal, lo que demostraba que había existido un grave error

diagnóstico en la asistencia prestada en el servicio sanitario (...). El facultativo viendo el retraso en la asistencia (...) y dada la gravedad a la que se había llevado a la paciente, consciente de la urgencia y necesidad de actuar con prontitud programó la intervención urgente para el día 11 de mayo de 2009. Dicha intervención consistió en la extirpación del uréter, pues en el transcurso de la misma se comprueba la existencia de fibrosis y cambios inflamatorios que obligan a realizar resección y anastomosis término terminal colocación de catéter doble J y se realiza intraperitonización del uréter./ Fue dada de alta el día 15 de junio de 2009 con el siguiente diagnóstico: fibrosis y cambios inflamatorios crónicos”.

Considera el representante de la perjudicada que “a la vista de lo anterior es evidente que el servicio público sanitario no le dio a (la paciente) la asistencia que le era exigible” y, más concretamente, afirma que “se objetivan varios déficit asistenciales que llevaron a la agravación del cuadro patológico que sufrió” pues “en modo alguno se agotaron las posibilidades diagnósticas sobre la patología abdominal, pues no se filió la etiología del mismo ni su origen (...). Los antecedentes personales de la paciente obligaban a pensar en un diagnóstico diferencial sobre la uropatía obstructiva, máxime si como era el caso se observa fase nefrológica sin visualizar el uréter izquierdo (...). No es acorde con los criterios de normalidad de los profesionales sanitarios establecer una conducta terapéutica sin tener un diagnóstico definitivo./ Es un hecho objetivo que (la perjudicada) realizó diversas visitas a su médico de cabecera, y una triple visita al especialista (13-02-2009, 17-03-2009, 21-04-2009) en Urología desde su ingreso en Urgencias el día 1 de febrero de 2009, y no se le prestó atención alguna”.

Manifiesta que “como consecuencia del déficit asistencial prestado se le provocaron (...) graves daños./ En principio, se colocó a la paciente en una situación de riesgo que en modo alguno tenía el deber jurídico de soportar./ Fue tal la dejadez y desidia del personal sanitario del servicio público que se le obligó a acudir a la medicina privada buscando una solución a su patología./ Es indudable que la situación de la enferma solo mejoró desde que acudió a la medicina privada, tras meses de espera en el servicio sanitario público, sin que

conste que por parte del SERGAS (*sic*) se prescribiera un tratamiento efectivo para su padecimiento”.

Finalmente, concluye que “el servicio asturiano de salud debe responder adecuadamente, toda vez que tal y como se ha acreditado la intervención quirúrgica y el tratamiento prestado en los centros privados han sido de carácter totalmente necesario y vital para tratar el cuadro del enfermo, en vista el fracaso reiterado de los servicios públicos”. Por ello, se reclama “los gastos médicos abonados por (la interesada) y que ascienden a 9.906 euros (...). Una indemnización de ciento cuarenta mil noventa y cuatro euros por daños físicos y morales causados por el actuar de los servicios públicos en la asistencia prestada a una paciente, que se vio obligada a acudir a la sanidad privada, en busca de una solución a su patología”, pues, afirma, “si (...) no hubiera acudido a la medicina privada, habría sufrido una insuficiencia renal y una pérdida del riñón afectado, dado que en la sanidad pública no se agotaron las posibilidades de diagnóstico y tratamiento por lo que la pusieron en grave riesgo de presentar patologías importantes./ Además al no haber prestado una atención sanitaria a tiempo, el tratamiento efectuado fue más agresivo y la recuperación mucho más lenta”.

Por último, manifiesta que “el daño moral causado es irreparable. Adjuntamos relato de hechos (Doc. nº 3) en el que la paciente refleja sus sentimientos más íntimos sobre la sensación de angustia e impotencia que sintió debido a la dejadez del servicio público sanitario. ¿Cómo puede valorarse dicho daño? Es incuantificable (*sic*) económicamente, por lo que nosotros lo valoramos de manera prudencial en 140.094 euros”.

Al escrito de reclamación adjuntan copia de los siguientes documentos:

- Informes médicos en los que se reflejan los antecedentes clínicos -carcinoma de mama y esófago- de la interesada.
- Informe radiológico del hospital público que se cita en el escrito de reclamación, fechado el 28 de julio de 2008, en el que consta el siguiente comentario: “ambos riñones muestran una morfología, ecoestructura y tamaño conservados y simétricos./ No se advierte dilatación de las vías colectoras o imágenes compatibles con litiasis. La vejiga (...) no muestra formaciones intraluminales o dependientes de su pared./ Resto del rastreo abdominal sin hallazgos relevantes”.
- Informe del Servicio de

Urgencias del mismo hospital, de fecha 1 de febrero de 2009 -identificado por la parte como "Doc. nº 3"- en el que se anota lo siguiente: "desde hace ya días nota dolor/malestar en flanco izqdo. irradiado a legión lumbar ipsilateral, que en últimas 24 h es continuo, con exacerbaciones cólicas e irradia hacia ingle. No disuria, tal vez polaquiuria. No sensación distérmica. Náuseas", estableciéndose como impresión diagnóstica "cólico nefrítico izqdo.", con los siguientes comentarios: "en Urgencias asintomática tras analgesia./ Por hematuria tiene cita en Urología (...). Recogemos urinocultivo y se adelanta cita en ctas externas". Consta en el citado informe que se realizaron a la paciente las siguientes pruebas complementarias: Bioquímica de sangre y orina, hemograma, EKG, Rx tórax, Rx abdomen, coagulación y Eco abdominal. d) Informe radiológico de la misma fecha, solicitado por el Servicio de Urgencias, en el que se evidencia una "moderada dilatación de la vía colectora izquierda". e) Informe de resultados de la urografía intravenosa realizada el día 20 de abril de 2009, en el que se anota lo siguiente: "aparición del contraste tras inyección de 10 ml en la fase parenquimatosa del riñón derecho y a continuación se aprecia el paso por el sistema pielocacial y el uréter hacia la vejiga./ Riñón izquierdo presenta la fase parenquimatosa a lo largo de 4 horas del estudio sin llegar a ver el sistema pielocacial por lo que considero que este funcionalmente anulado". f) Informe de fecha 23 de abril de 2009 del Servicio de Urología, emitido "a petición de la interesada", en el que consta que la paciente "acude a la consulta externa de Urología el día 17/febrero/2009 por cólico nefrítico izquierdo apreciándose en la radiografía simple de abdomen dos pequeñas calcificaciones en pelvis izquierda, así como dos imágenes puntiformes a la altura de silueta renal izquierda./ Ecografía: moderada dilatación de la vía urinaria izquierda./ Se solicita urografía intravenosa./ Vista de nuevo el día 13/marzo/2009 en la consulta externa sin haber realizado la urografía intravenosa./ Vista de nuevo en la consulta externa de urología el día 21/04/2009. Urografía intravenosa: Rx simple: persisten las dos imágenes pélvicas de aproximadamente 2 mm de diámetro, una de las cuales probablemente pudiera ser un cálculo. Tras la inyección de contraste probablemente se aprecia morfología y funcionalismo reno-ureteral derecho normal y anulación funcional de riñón izquierdo aunque presenta captación de

contraste nefrograma y pequeña acumulación a nivel de grupo calicial inferior izquierdo, aunque a lo largo de 4 horas del estudio no rellena vía urinaria”, anotándose como impresión diagnóstica “anulación funcional de riñón izquierdo por probable uropatía obstructiva secundaria en principio a cálculo ureteral distal (pendiente de confirmación)” y como “planteamiento” lo siguiente: “se comenta la necesidad de desobstrucción urinaria previa confirmación de que la causa es dicho cálculo”. g) Informe radiológico privado, fechado el 24 de abril de 2009 en el que se reflejan los resultados de un TAC abdomino-pélvico y retroperitoneal en el que se evidencia “ureterohidronefrosis izda. con obstrucción del uréter izdo. aprox. 1-2 cm por debajo de la bifurcación aórtica (...). Los hallazgos son compatibles con fibrosis retroperitoneal y con los antecedentes de la paciente ha de descartarse en primer lugar que tenga etiología neoplásica”. h) Informe de un urólogo privado, fechado el 15 de junio de 2009, en el que consta que tras evidenciarse la fibrosis retroperitoneal, se “plantea” a la paciente “cirugía que acepta y el 11-05-2009, previos estudios preoperatorios que fueron normales se le explora el uréter observando zona de tejido fibrosos obstruyendo la luz ureteral de +- 3cm (...). Una vez resecaado el segmento de uréter enfermo se hace una anastomosis termino-terminal con colocación de doble J y se intraperitoniza el uréter./ Curso postoperatorio normal. El 15-6-2009 se retira doble J./ En principio no precisa tratamiento pero si hacerse una urografía de control en aproximadamente 4 semanas”. i) Escritura notarial de poder para pleitos otorgado a favor de distintos procuradores y letrados, entre ellos el que suscribe el escrito de reclamación.

2. Mediante escrito de fecha 9 de abril de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a quien suscribe el escrito de reclamación la fecha de la recepción aquella en el referido Servicio, 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 de registro de salida 17 de mayo de 2010, el Gerente del hospital aludido en la reclamación remite al Servicio instructor los informes elaborados

por los Servicios de Urgencias y de Urología del hospital, así como una copia de la historia clínica de la perjudicada.

En el informe del Servicio de Urgencias, fechado el día 12 de mayo, se afirma que la atención prestada a la perjudicada en el citado servicio “ha sido excelente, tratando de resolver aspectos de funcionamiento del SESPA” y que no se dispone “de ningún dato relevante, no incluido en la historia clínica”.

El informe del Servicio de Urología está fechado el día 14 de mayo de 2010 y en él consta que “en la consulta se le informa de la anulación del riñón izquierdo y se plantea la actitud a seguir. Se le plantea ingreso inmediato, realización de TAC para comprobar que el cálculo es la causa de la anulación y programar desobstrucción mediante ureteroscopia y extracción de coágulo o el procedimiento que proceda según los hallazgos del TAC y la paciente decide no ingresar antes de 48 horas (al menos es lo que dice ella) y acude de nuevo el día 23-04-2009 con la intención de acudir a otro centro y solicita fechas de consulta y de diagnóstico. Se emite informe el 23-04-2009 (...). Tras la consulta del día 13 de febrero de 2009, que viene a ver resultado de la urografía intravenosa sin haberla realizado, parece ser que la señora presentó una queja en el Servicio de Atención al Paciente para agilizar la tramitación. La Gerente del Centro (...) me comentó personalmente el caso, contestándole que el Servicio de Urología no organizaba las agendas del Servicio de Radiodiagnóstico y que procedía se dirigiera a aquel Servicio para ello./ La paciente cuando fue vista con el diagnóstico de anulación renal izquierda, se propone intervención urgente desobstructiva que rechaza en el centro por probable pérdida de confianza. En ningún caso se le obliga a acudir a otro centro puesto que se le ofrece la intervención inmediata que rechaza. Se le comentan los pasos a realizar, se habla con el radiólogo de guardia para proceder a ello y la paciente voluntariamente no desea ser intervenida en el centro. A pesar de todo, se le facilitan las radiografías para que acuda al centro de su preferencia para solucionar su problema./ Puesto en contacto con (...) el urólogo privado que atendió a esta paciente, me comenta telefónicamente que (...) la paciente tampoco ha acudido a revisiones con este doctor (...), desconociendo en el momento actual repercusiones de su riñón, seguimiento alguno o secuelas que pudiera presentar”.

En la historia clínica obran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja en la que se anota, en la consulta correspondiente al día 21 de abril de 2009, “plan: ingreso en 48 h (antes no puede ella)./ 1 TAC para comprobar que el cálculo es la causa de la anulación y 2 Preoperatorio para URS y extracción del cálculo./ 3 Cultivo de orina./ Hablado con el Dr (...) le hará el TAC al ingreso”, y el día 23 de abril de 2009 “al final parece que no ingresa. Ha pedido informe con fechas de consulta y diagnóstico. Hago informe hoy”. b) Hojas de petición de estudios preoperatorios para “ureteroscopia”, todas ellas fechadas el 21 de abril de 2009. c) Hoja clínico-estadística de hospitalización fechada el 23 de abril de 2009.

4. Con fecha 4 de junio de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Refiere en él que “la etiología responsable del cólico nefrítico más frecuente es la litiasis, alrededor del 90%, aunque puede originarla cualquier otra causa de uropatía obstructiva supravesical”, y que las exploraciones complementarias ante todo cólico nefrítico “son tres: analítica elemental de orina, de sangre y exploraciones radiológicas”. Seguidamente explica, respecto de estas últimas, que la “radiografía simple de abdomen” es la “primera prueba radiológica que debemos realizar”, aunque no sea una prueba determinante del diagnóstico en el 100% de los casos, por diferentes razones entre las que cita la “confusión con calcificaciones extraurológicas”, la “existencia de gran cantidad de gas intestinal que puede ‘enmascarar’ la presencia de una litiasis”, la superposición de “litiasis cálcica a otra densidad cálcica como es el hueso”, o el hecho de que “el 10% de las litiasis son radiotransparentes”. En cuanto a la ecografía como prueba diagnóstica, señala que “no está exenta de falsos positivos y negativos si la comparamos con la urografía, que sería la prueba diagnóstica estándar”, la cual “permite tanto una información morfológica del aparato urinario como del grado de función del mismo y al mismo tiempo excluir calcificaciones que no se encuentran a la luz del aparato urinario”. No obstante, refiere que la “indicación de urgencia” de la urografía “va siendo cada vez más restringida en función de dos razones: (...) Con la urografía hay riesgo de mortalidad y una notable morbilidad (...). La segunda razón, quizás de menor peso, es que puede atrasar

el diagnóstico y sobre todo el tratamiento en un proceso muy doloroso”, y expresa que “la indicación para la realización de una urografía de urgencias creemos que debe restringirse a dos situaciones: a) cuando persista duda diagnóstica con otros procesos patológicos (en especial con los que originan abdomen agudo) tras la realización de las exploraciones analíticas y radiológicas antes mencionadas. b) Para evaluar el grado de uropatía obstructiva en el cólico nefrítico complicado con vistas a tener que realizar o no medidas intervencionistas”. Por lo que respecta a “otras exploraciones radiológicas de urgencia (TAC, resonancia, estudio con isótopos, etc.)”, manifiesta que “son excepcionales (...) para el diagnóstico de cólico nefrítico”.

Finalmente concluye que “la reclamación por responsabilidad patrimonial se presenta dentro de los plazos legales establecidos./ Los antecedentes personales de la paciente constan de forma clara en los informes de los servicios (...) que la valoraron, no puede afirmarse por lo tanto que no fueron tenidos en cuenta./ Tanto en el Servicio de Urgencias como en el de Urología (...) se realizaron estudios complementarios: analítica, ECG, radiología de tórax, radiología de abdomen, estudio de coagulación, eco abdominal y urografía intravenosa. Es falso, por tanto que no se realizase exploración complementaria alguna y que no se le prestase atención (...) ya que incluso en el propio Servicio de Urgencias (...) se adelanta la consulta en el Servicio de Urología./ Se estableció la necesidad de una conducta terapéutica (desobstrucción urinaria) previa confirmación de que la causa era un calculo, no como manifiestan en la reclamación que se estableció una conducta terapéutica sin tener un diagnóstico definitivo, de hecho se planteó un ingreso inmediato y realización de pruebas complementarias para establecer el diagnóstico definitivo y no llegó a realizarse, por iniciativa de la paciente./ No está demostrado que existiese un grave error en el diagnóstico en la asistencia prestada en el servicio público, dado que el diagnóstico aun no era definitivo y la reclamante acudió, a iniciativa propia, a la medicina privada sin que el servicio público de salud hubiese agotado las posibilidades diagnósticas./ El Servicio Público de Salud le ofertó la posibilidad de un ingreso inmediato (en 48 horas), y la asistencia recibida en la medicina privada, se realizó un día más tarde de la fecha prevista para el ingreso, no se puede afirmar que transcurriesen días y meses sin que en el

servicio público se le indicase solución o tratamiento alguno tal y como expresan en la reclamación (...). Por otra parte supongo que el reclamante, cuando utiliza el acrónimo SERGAS, pretende referirse al SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y no al SERGAS (Servicio Gallego de Salud), dado que la asistencia a la que se está refiriendo se prestó en un centro del SESPA”.

5. Mediante escritos de 16 de junio de 2010 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.

6. Con fecha 11 de septiembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Urología. En el citado informe se señala que “la TAC está indicada cuando existe una uropatía obstructiva no filiada en la urografía IV” y que la “ureterorrenoscopia es una exploración diagnóstica indicada cuando existe una uropatía obstructiva que no ha podido ser filiada con la urografía IV y la TAC”. Considera que “la causa de que no se agotaran todas las posibilidades diagnósticas fue la negativa de la paciente a ingresar, prefiriendo ser atendida por un Urólogo privado (...). Los antecedentes personales fueron valorados adecuadamente. Los tratamientos quirúrgicos y complementarios que se le realizaron fueron en órganos y sistemas tan alejados del trayecto ureteral que no pudieron influir en la patología detectada (...). A la paciente no se le propuso una actitud terapéutica sin haber llegado a un diagnóstico, sino que se le propusieron continuar las exploraciones diagnósticas (TAC y ureterorrenoscopia) (...). La técnica de la urografía IV fue totalmente correcta ya que se le realizó una radiografía retardada a las 4 horas de la inyección del contraste (...). La paciente tenía una cita para revisión en Urología en marzo de 2009. En Urgencias, con muy buen criterio, al haber cambiado la situación de la paciente (uropatía obstructiva en la ecografía que antes no tenía) se le adelantó la consulta de Urología”. Finalmente, señala que “la actuación de todos los profesionales implicados en este caso fue totalmente correcta, ajustándose al

'estado del arte' de la medicina y cumpliendo en todo momento con la lex artis ad hoc".

7. El día 14 de octubre de 2010 se comunica a quien suscribe el escrito de reclamación la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el procedimiento. El día 18 de octubre de 2010 se entrega a uno de los representantes de la interesada una copia de todo lo actuado hasta la fecha, según hace constar en la diligencia extendida al efecto.

8. Con fecha 12 de noviembre de 2010, la misma persona que suscribe el escrito de reclamación presenta en un registro de la Junta de Castilla y León un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de la reclamación inicial. En concreto, manifiesta que "en ningún lugar de la historia clínica de la paciente, fuente objetiva de información consta ni directa ni indirectamente que la paciente negara a ingresar" y que "es ampliamente conocido en el ámbito médico que ante la negativa a un tratamiento determinado o al ingreso por parte del paciente, esta negativa ha de quedar constatada en la historia clínica, pero eso no ocurrió". Señala que en el informe médico elaborado a instancia de la aseguradora "se reconoce lo afirmado en nuestro escrito de reclamación en que la prueba diagnóstica de TAC está indicada cuando existe una uropatía obstructiva no fillada" y que "con fecha 17 de febrero de 2009, se le propuso la realización de la referida prueba diagnóstica pero en el mes de marzo todavía no estaba realizada y ello a pesar de la situación lamentable que presentaba la paciente./ Es más, en el mes de abril de 2009, tampoco se la realizan./ Y precisamente porque le habían propuesto la prueba en febrero de 2009 y en la consulta de abril de 2009 no se la realizan es cuando (la interesada) acude de inmediato a un centro privado a hacérsela, con muy buen criterio (...). Si la solución se la hubiera dado la sanidad pública ella no se habría visto obligada a acudir a un centro privado./ En el informe de alta (de 21 de abril) emitido el 23 de abril (...) no existe mención alguna al rechazo al ingreso. Solo se comenta la necesidad de desobstrucción sin proponer nada y prescribiendo un tratamiento previa confirmación de la causa. No consta la prescripción de ingreso y la

negativa de la paciente, no consta la prescripción en firme de un TAC y la negativa de la paciente, no consta el alta voluntaria”.

Afirma que “el 21 de abril de 2009, sin que se hagan constar otras apreciaciones, sin que se plantee un diagnóstico diferencial o se propongan otras pruebas más específicas, se da el alta hospitalaria a la informada./ Es más, sin que se identifique imagen litiásica, se establece la etiología por un posible cálculo renal, no definido, por otra parte, en ninguna exploración complementaria (TAC). Se plantean así la necesidad de desobstruir la vía renal, previa confirmación de que la causa es dicho cálculo. Con lo que en abril, aún no tienen el diagnóstico confirmado”, por lo que concluye que “fue la desidia y pasividad del servicio público sanitario lo que obligó a la paciente a acudir a la medicina privada en busca de un diagnóstico y tratamiento que paliara de algún modo su situación”.

9. Con fecha 30 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En la misma, se pone de relieve que “en el caso que nos ocupa, los antecedentes personales de la paciente constan de forma clara en los informes de los servicios (...) que la valoraron, no puede afirmarse por lo tanto que no fueron tenidos en cuenta. Tanto en el Servicio de Urgencias como en el de Urología (...) se realizaron estudios complementarios (...). Es falso, por tanto, que no se realizase exploración complementaria alguna y que no se le prestase atención a la perjudicada (...). Se estableció la necesidad de una conducta terapéutica (desobstrucción urinaria) previa confirmación de que la causa era un cálculo (...), de hecho se planteó un ingreso inmediato y realización de pruebas complementarias para establecer el diagnóstico definitivo y no se llegó a realizar (...), por iniciativa de la paciente. No está demostrado que existiese un grave error diagnóstico en la asistencia prestada en el servicio público, dado que el diagnóstico aún no era definitivo”. Asimismo, destaca que en el “folio 54” de la historia clínica de la paciente, cuya copia fue entregada a la parte reclamante en el trámite de audiencia, se refleja “de forma explícita que el día 21-04-2009 se planteó el ingreso en 48 horas -‘antes no puede ella’-, constando asimismo que se hará TAC al ingreso, preoperatorio para URS y

cultivo de orina y en ese mismo folio el día 23-04-2009 se hace constar 'al final parece que no ingresa, ha pedido informe con fechas de consulta y diagnóstico, hago informe hoy"', lo que, concluye, "desmiente lo manifestado por el demandante en su escrito de alegaciones cuando dice que no consta ni directa ni indirectamente en ningún lugar de la historia clínica que la paciente se negara a ingresar".

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de diciembre de 2010, registrado de entrada el día 14 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, 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 26 de marzo de 2010, y va dirigida al resarcimiento de los daños supuestamente ocasionados por un proceso asistencial que finalizó el día 23 de abril de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

No obstante, 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, que achaca al servicio público sanitario “varios déficits asistenciales”, pretende tanto el reintegro de los gastos abonados para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad en la medicina privada, como la indemnización de otros perjuicios “físicos y morales” derivados de la atención que reputa deficiente.

En cuanto a la pretensión de reembolso de los gastos médicos, hemos de señalar que en diversos dictámenes anteriores (entre ellos, los Núm. 241/2006 y 235/2011) 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”.

En este caso, la interesada, en lugar de solicitar el reembolso de gastos, ha optado por la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

Hemos de poner de manifiesto que, pese a que la reclamante afirma en el escrito que formaliza su pretensión que “la intervención quirúrgica y el tratamiento prestado en los centros privados han sido de carácter totalmente necesario y vital”, la asistencia privada no se produce, según resulta de los documentos obrantes en el expediente, en el contexto de una amenaza vital urgente que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública. Así lo viene a reconocer la propia reclamante en el mismo escrito, en el que confiesa que recurrió a la medicina privada ante “la desconfianza generada por el servicio público sanitario”. En tal situación, nada obsta al planteamiento de una responsabilidad patrimonial cifrada en el importe de los gastos sanitarios, si bien esta 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.

Por lo que a la efectividad de aquel daño se refiere, y pese a que los informes médicos aportados por la interesada dan cuenta de la realidad de la asistencia recibida en la sanidad privada, hemos de destacar que el perjuicio se cifra en los gastos asumidos por la interesada como consecuencia de aquel proceso asistencial, gastos estos que, en ausencia de facturas, no se encuentran debidamente justificados.

La reclamante tampoco ha aportado prueba alguna acerca de la realidad de los “daños físicos y morales” que achaca al actuar de los servicios públicos, por lo que, en ausencia de acreditación, sus solas afirmaciones no pueden tenerse por ciertas. En concreto, y por lo que a los perjuicios físicos se refiere, no se halla probado el daño consistente en la necesidad de someterse a un tratamiento “más agresivo” con “recuperación mucho más lenta” en la medicina privada por no haber recibido una “atención sanitaria a tiempo” en la sanidad pública, ni tampoco hay prueba de “la agravación del cuadro patológico” que dice haber sufrido por esta misma causa. Respecto a los daños morales, que concreta en una “sensación de angustia e impotencia” de tal gravedad que llega a calificar de “irreparable”, su trascendencia (integran la partida de mayor

importancia cuantitativa de las que comprende el quantum indemnizatorio -140.094 euros-) se ve traicionada, no obstante, por la total omisión de esfuerzo probatorio sobre su efectividad, pues no se ha aportado prueba alguna de la realidad y relevancia de aquellos daños, aspectos estos que, pese a lo afirmado en el escrito de reclamación, no resultan del documento número 3 de los adjuntos al citado escrito, ni constan en ninguna otra forma, y que tampoco resultarían en ningún caso del solo relato de hechos en el que la paciente refleje sus sentimientos más íntimos.

Esta falta de acreditación de la realidad de los perjuicios alegados resultaría suficiente para desestimar la reclamación. Ahora bien, aunque se apreciara la concurrencia de un daño real, efectivo, individualizado y evaluable económicamente, la existencia de un daño sufrido en el ámbito de la asistencia prestada por el 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 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 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.

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 la 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, y 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.

La interesada achaca al servicio público sanitario, como antes se ha señalado, "varios déficits asistenciales". Afirma que no "se agotaron las posibilidades diagnósticas sobre la patología abdominal, pues no se filió la etiología del mismo, ni su origen", y reprocha al servicio público el establecimiento de "una conducta terapéutica sin tener un diagnóstico definitivo". Imputa al servicio público, asimismo, un "grave error diagnóstico",

una demora excesiva en la realización de las pruebas diagnósticas, que califica como “a todas luces insuficientes”, la práctica de una urografía de modo defectuoso, por haber sido realizada “sin retardo”, y la falta de consideración por los facultativos que la atendieron de sus antecedentes personales que, según entiende, “obligaban a pensar en un diagnóstico diferencial sobre la uropatía obstructiva”.

En cuanto a la primera de las imputaciones, si bien es cierto que el servicio público sanitario no llegó a establecer la etiología de la anulación renal que aquejaba a la paciente, debe destacarse que la ausencia de diagnóstico definitivo ha de achacarse exclusivamente al abandono voluntario por la paciente del proceso asistencial iniciado en el servicio público de salud. En efecto, resulta patente en las anotaciones contenidas en la hoja de consultas de Urología -página 54 del expediente- que, en la consulta del día 21 de abril de 2009, y tras examinar los resultados de la urografía intravenosa realizada un día antes, el facultativo que la atiende le propone ingreso hospitalario -que se aplaza 48 horas a petición de la interesada- al objeto de realizar una prueba de TAC que permita alcanzar un diagnóstico definitivo, y luego realizar la intervención quirúrgica de desobstrucción, previos los estudios preoperatorios correspondientes. El día señalado para el ingreso, 23 de abril de 2009, la paciente comunica al especialista encargado su decisión de no ingresar y solicita la emisión de un informe sobre el proceso asistencial, que el facultativo elabora el mismo día, en el que se reflejan los resultados de las pruebas practicadas hasta la fecha y el plan diagnóstico y terapéutico recomendado. No es cierto, por tanto, como afirma la interesada en el escrito de reclamación, que el 21 de abril de 2009, “sin realizar ninguna apreciación ni plantear un diagnóstico diferencial ni proponer pruebas específicas se da de alta (a la perjudicada)”. Tampoco es cierto que se haya establecido una conducta terapéutica sin tener un diagnóstico definitivo. Las anotaciones contenidas en la hoja de consulta antes citada y el contenido del informe elaborado a petición de la interesada son suficientemente esclarecedoras al respecto, pues de ellas resulta que la cirugía solamente se abordaría “previa confirmación” de la causa de la obstrucción.

El día 24 de abril de 2009, según resulta de los documentos aportados por la interesada, acude a un centro privado en el que le practican un TAC abdomino-pélvico, prueba que se habría realizado en la sanidad pública un día antes de no haber declinado la paciente el plan diagnóstico y terapéutico allí propuesto. Finalmente, el día 11 de mayo de 2009 la intervienen quirúrgicamente en el mismo centro para proceder a la desobstrucción pautaada por el servicio público sanitario.

Ningún reproche puede hacerse a la libre decisión de continuar el proceso asistencial en la medicina privada pero, una vez adoptada aquella, se produce una ruptura definitiva del nexo causal entre la actuación del servicio público y los daños alegados por la interesada. El servicio público sanitario no debe asumir los costes -alegados como "daños"- que ocasionó a la reclamante el hecho de someterse en la sanidad privada al mismo tratamiento cuyo seguimiento en un hospital público declinó.

La pérdida de confianza en el sistema público sanitario aducida como fundamento del recurso a la sanidad privada carece, asimismo, de sustrato objetivo alguno. En efecto, no existió error diagnóstico, pues el proceso de diagnosis, como antes hemos señalado, no pudo llegar a completarse al haber renunciado la paciente a seguir siendo tratada en la sanidad pública. Desde el principio se manejó como causa posible del cólico nefrítico de la enferma una litiasis porque primero la radiografía abdominal, y luego la urografía mostraban dos imágenes, a modo de "pequeñas calcificaciones", susceptibles de ser cálculos. No puede perderse de vista tampoco que la litiasis es, además, la causa más frecuente estadísticamente -alrededor del 90% de los casos, según el informe técnico de evaluación- del cólico de riñón. Con esta sospecha clínica, y conociendo tras la realización de la urografía que la función renal izquierda estaba anulada, el especialista encargado, actuando con la mayor diligencia, decidió pedir de inmediato un TAC para alcanzar el diagnóstico definitivo y poder intervenir a la mayor brevedad posible. El hecho de que en la sanidad privada se llegase al diagnóstico de la patología con una sola prueba -el TAC a la que la interesada había renunciado a someterse en la sanidad pública- no demuestra la existencia de error diagnóstico alguno, máxime cuando el urólogo privado no necesitaba solicitar los estudios previos que antes habían sido

realizados en la sanidad pública, pues se habían facilitado a la paciente no solo todos los resultados de las pruebas sino también las radiografías, según señala el servicio responsable en su informe.

Las pruebas diagnósticas practicadas en el servicio público no pueden calificarse como “insuficientes”, pues se realizó a la interesada radiografía abdominal, ecografía, urografía y, en el momento en que decide abandonar el sistema público, se había propuesto la realización de TAC, esto es, toda la batería seriada de pruebas que, según el informe técnico de evaluación, permiten evidenciar la causa de un proceso patológico que se manifiesta con un cólico nefrítico. Consta en la historia clínica de la paciente que la radiografía abdominal y la ecografía se realizaron el mismo día en que la paciente acudió al Servicio de Urgencias. La enferma no era candidata a realizar otras exploraciones radiológicas de urgencia, según los criterios que se exponen en el informe técnico de evaluación antes citado, y la realización de la urografía, que solicitó el especialista el día 17 de febrero de 2009, no pudo practicarse hasta el 20 de abril siguiente, al ser “la demanda de estudios (...) superior a la capacidad de respuesta del servicio”, como se refleja en la respuesta del Servicio de Atención al Paciente a la queja formulada por la reclamante. Por su parte, la práctica de un TAC -prueba prescrita en la consulta del día 21 de abril de 2009 y no el 17 de febrero del mismo año, como afirma la parte en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia- habría sido realizada de inmediato, y antes que en la sanidad privada, de no haber abandonado la interesada el sistema público de forma voluntaria.

Tampoco es cierto que la urografía se haya practicada de modo defectuoso por haberse realizada sin retardo, pues así lo evidencia el informe radiológico, en el que se anota que “el riñón izquierdo presenta la fase parenquimatosa a lo largo de las 4 horas del estudio sin llegar a ver el sistema pielocacial”.

Por último, los antecedentes personales de la paciente figuran detalladamente anotados tanto en el informe del Servicio de Urgencias como en la hoja de consulta de Urología y, por tanto, no puede afirmarse que no hayan sido tenidos en cuenta.

En definitiva, se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos disponibles y adecuados a la sintomatología que presentaba, y se le ofreció tratamiento inmediato de su dolencia una vez se hubiera alcanzado el diagnóstico definitivo, de modo que la asistencia prestada a la interesada fue en todo momento ajustada a la *lex artis ad hoc*, según coinciden en señalar todos los informes obrantes en el expediente.

Puesto que la efectividad de los daños alegados no se encuentra debidamente acreditada y teniendo en cuenta que no puede apreciarse la existencia del imprescindible nexo causal entre la atención prestada por el servicio público y los daños que se aducen, la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada debe ser desestimada.

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.