

Expediente Núm. 184/2012
Dictamen Núm. 240/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de septiembre de 2012, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de julio de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de junio de 2011, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la existencia, a su juicio, de un error de diagnóstico con ocasión de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”.

Expone que el día 5 de abril de 2010, tras sufrir una caída en la calle, fue atendida en el Hospital “X”, donde se le diagnosticó una “fractura pertrocantérea de cadera derecha inmovilizada de urgencia”. El mismo día del

alta se la traslada al Hospital "Y", en el que ingresa "en situación de insuficiencia renal aguda", produciéndose el alta "el día 21 de mayo de 2010, siendo portadora de sonda vesical permanente".

Considera que la asistencia prestada en el primer hospital vulneró la *lex artis*, que concreta en la falta de detección "del globo vesical" que presentaba en el momento del alta, y entiende que ello "ha incidido negativamente en el pronóstico final de la lesión", provocando un "agravamiento" de su estado "más allá del esperable con relación a la patología (...) sufrida".

Solicita una indemnización cuya cuantía asciende a doscientos cincuenta y dos mil quinientos treinta y cuatro euros con ochenta y nueve céntimos (252.534,89 €), por las "secuelas que (la) inhabilitan para la realización de cualquier ocupación o actividad", los "gastos de servicio de asistencia a domicilio" y la "necesidad de ayuda permanente de tercera persona".

Interesa la práctica de prueba documental, consistente en la documentación que presenta y que se libre oficio a los Hospitales "X" e "Y" para que remitan sus expedientes clínicos, y testifical-pericial del facultativo autor del informe que adjunta y del doctor que la atendió en el segundo hospital.

Acompaña su solicitud de la siguiente documentación: a) Informe emitido por un especialista privado, de fecha 15 de junio de 2011, en el que se efectúa una "valoración médico legal" de las secuelas que presenta la paciente. b) Documentación relativa a los gastos derivados de las contrataciones de terceras personas para atender las necesidades de la perjudicada.

2. Mediante escrito de 27 de junio de 2011, notificado a la interesada el día 4 de julio del mismo año, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 11 de julio de 2011, el Director-Gerente del Hospital "Y" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia íntegra del historial médico de la reclamante y un informe del especialista en Geriátrica que la atendió, fechado el 9 de julio de ese año.

En él se confirma que la paciente presentaba en el momento del ingreso una "retención urinaria de 2.100 cc de orina", a la que se atribuye la insuficiencia renal aguda moderada detectada, "de probable origen mixto" y debida "también a tratamiento habitual con hipotensores (...) y a la probable hipovolemia acompañante al proceso". Tras describir el tratamiento prescrito, especifica que en el momento del alta precisa, "como es lógico por la edad y el proceso clínico, ayudas en aseo y vestido".

4. El día 25 de julio de 2011, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la interesada relativa al proceso objeto de reclamación.

Con fecha 29 del mismo mes, envía los informes emitidos por el Jefe del Servicio de Traumatología y la Jefa de la Unidad de Urgencias del centro hospitalario.

En el primero de ellos se indica que la paciente fue intervenida quirúrgicamente de la fractura padecida, precisando en el curso posoperatorio dos sondajes urinarios evacuadores por retención urinaria; hecho, señala, "muy frecuente en este grupo de pacientes en relación con la anestesia regional y con el encamamiento posoperatorio". Añade que, "revisada la historia clínica en su totalidad, no hay referencia en ninguno de los turnos de trabajo de enfermería ni en el curso clínico escrito por los cirujanos sobre molestias urinarias ni retención en los dos días anteriores a su traslado", interpretándose el edema apreciado en el miembro inferior derecho como "secundario a la cirugía al proceso quirúrgico". Concluye manifestando que no puede valorarse "la incapacidad" mencionada "para las actividades de la vida diaria", al no constar "ningún control" en consultas externas del Servicio pese a estar citada

para ello, y que tampoco cabe un pronunciamiento sobre la insuficiencia renal padecida al no disponerse en la historia clínica de ningún informe de Nefrología.

La Jefa de la Unidad de Urgencias señala, por su parte, que la consulta estuvo motivada por una caída en la calle, apreciándose a la exploración "bultoma de años de evolución en MID, dolor a la palpación y movilización", realizándose pruebas complementarias (analítica y pruebas de imagen), no presentando insuficiencia renal "a la vista de la analítica de ingreso".

5. Con fecha 14 de noviembre de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que propone la desestimación de la reclamación. En él confirma que la atribución de "la sintomatología" advertida a "las consecuencias de la intervención" es posible, "pues es habitual que exista descenso en las cifras de hemoglobina" o retención urinaria "en relación con la anestesia regional y el encamamiento", y que "la desorientación también es frecuente en pacientes de edad avanzada ingresados". Considera, además, "que el cuadro de insuficiencia renal aguda diagnosticado en el momento del ingreso" en el Hospital "Y" "no impidió" que la reclamante "iniciase con normalidad el tratamiento fisioterápico y por tanto la recuperación de la intervención a la que fue sometida, y que la sintomatología que presentó (...) se puede atribuir a las consecuencias de la intervención en una paciente de su edad".

6. El día 21 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una 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.

7. Con fecha 16 de abril de 2012, la compañía aseguradora emite un informe en el que concluye que procede la desestimación de la reclamación por haber prescrito la acción. Afirma que "la fecha en que la paciente tuvo conocimiento tanto del diagnóstico de insuficiencia renal por globo vesical (...) como del

mantenimiento de la sonda vesical” fue “el 21 de mayo de 2010”, por lo que “este sería el dies a quo” a tomar en consideración.

8. El día 2 de mayo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente, transcurriendo el plazo concedido sin que conste la presentación de alegaciones por parte de la misma.

9. Con fecha 26 de junio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al “haber prescrito la acción para reclamar”, acogiendo el argumento expuesto en el informe emitido por la compañía aseguradora.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de julio de 2012, registrado de entrada el día 10 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17,

apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 21 de junio de 2011, habiendo tenido lugar el alta hospitalaria por el proceso que motivó el ingreso (una fractura de cadera) el día 21 de mayo de 2010; proceso asistencial en el que intervienen dos centros distintos y durante el cual se habría producido la omisión diagnóstica imputada al primero de ellos. Ello lleva a que la propuesta de resolución, acogiendo el criterio manifestado en el informe emitido por la compañía aseguradora, estime que existe prescripción de la acción para reclamar, entendiendo, como se expone en este último, que es en esa fecha (mes de mayo de 2010) cuando “la paciente tuvo conocimiento tanto del diagnóstico de insuficiencia renal por globo vesical (...) como del mantenimiento de la sonda vesical”, pues “fue en ese momento cuando (...) tuvo cabal conocimiento de su patología y la gravedad de la misma, así como de la previsibilidad de sus secuelas y su pronóstico”.

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que los daños por los que se reclama, aun cuando son ciertamente imprecisos en su concreción (sin que el informe emitido por un especialista privado, que la interesada aporta, resulte especialmente clarificador al respecto), aparecen centrados en la incidencia que para la recuperación tras la fractura de cadera ha supuesto el retraso diagnóstico alegado. La fecha que reviste relevancia habrá de ser, entonces, aquella en la que pueda valorarse tal extremo. La interesada afirma que “como consecuencia del globo vesical (...) no (...) detectado” tuvo “que ser portadora de una sonda vesical permanentemente durante varias semanas, algo que no es necesario ni deseable en el tipo de intervención” a la que fue sometida, subrayando que “la interurrencia de un proceso grave, como ha sido el caso de la insuficiencia renal por globo vesical que no me ha sido detectada (...), ha incidido negativamente en el pronóstico de la lesión y en su evolución complicada por esta circunstancia (...), existiendo así una relación directa de causa a efecto entre dicha negligencia u omisión y el agravamiento o incremento del deterioro o de las secuelas de mi lesión más allá del esperable con relación a la patología (...) sufrida”. Apoya su pretensión en el citado informe clínico, en el que se indica que “existe un deterioro de la enferma más allá del esperable con relación a la patología sufrida, que no puede valorarse puntualmente y que guarda relación con las complicaciones descritas”, señalando que de la puntuación otorgada puede achacarse “a las complicaciones del proceso” -entre las que estaría el globo vesical- “la práctica totalidad de la necesidad de sondaje”.

Pese a la indefinición que cabe advertir en tales argumentos, lo cierto es que, a los efectos que ahora interesa, la determinación de la incidencia de la insuficiencia renal aguda sufrida no podía haberse realizado antes de la retirada del sondaje, que tuvo lugar varias semanas después del alta hospitalaria de 21 de mayo de 2010, que es la fecha que el Servicio instructor toma como referencia. No constando la fecha en la que tuvo lugar dicha retirada, debemos inferir, en una interpretación flexible, que, dado que el informe pericial privado presentado a efectos de fijar las secuelas está fechado el 15 de junio de 2011,

y careciendo de cualquier otro documento que pueda sostener otra interpretación en relación a una fecha anterior -indicando el responsable del Servicio de Traumatología que no acudió a la revisión en consultas externas prevista para el mes siguiente al alta-, es esta última la única fecha determinada disponible en orden a entender posible el establecimiento de las secuelas alegadas, por lo que hemos de considerar que la reclamación se ha formulado dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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

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

Sin embargo, cabe advertir que, pese a que no se ha practicado la prueba testifical propuesta por la interesada -consistente en la toma de declaración a dos facultativos-, obran en el expediente los informes emitidos por los mismos, incorporados bien por aportación de la propia afectada, bien a instancia de la Administración. Puesto que es presumible que el contenido de una eventual declaración de los referidos profesionales no variaría en relación con lo expresado en dichos documentos, consideramos que tal ausencia no ha causado indefensión alguna a la reclamante que obligue a retrotraer el

procedimiento (siendo relevante y significativa la postura de la perjudicada, que, con ocasión del trámite de audiencia, para el cual se la emplaza, no formula objeción alguna al respecto). Sin embargo, dado que se ha obviado el contenido del artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que establece que el órgano instructor solo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, y ello mediante resolución motivada, habrá de subsanarse el defecto incorporando a la resolución que finalmente se adopte el pronunciamiento motivado ahora omitido. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Por último, 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.- El asunto que se somete a nuestro dictamen se refiere a la reclamación de daños y perjuicios formulada por la interesada como consecuencia de la falta de detección de una insuficiencia renal aguda durante una estancia hospitalaria.

La documentación obrante en el expediente corrobora que, atendida la paciente en un primer centro por una fractura de cadera de la que fue

intervenida quirúrgicamente, fue trasladada a un segundo hospital en el que se le diagnosticó a su ingreso insuficiencia renal aguda, “procediéndose a la evacuación de globo vesical”.

A la vista de ello entiende que se ha producido un error de diagnóstico, al no haberse advertido esa dolencia en el primer hospital, lo que, a su juicio, ha interferido negativamente en la recuperación del traumatismo sufrido, invocando la producción de una serie de daños relacionados con la merma de sus facultades para la vida independiente.

Ahora bien, ha de recordarse que, en los supuestos en los que se alega la existencia de omisión o demora en la emisión de diagnóstico, incluso aunque se probara su existencia, este por sí mismo no comportaría responsabilidad si no se demuestra que causó un daño, lo que, en el presente caso, ha de examinarse con carácter previo al análisis de la concurrencia de nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del servicio público sanitario.

Así, la perjudicada solicita una indemnización por diversos conceptos (“secuelas que (la) inhabilitan para la realización de cualquier ocupación o actividad”, “gastos de servicio de asistencia a domicilio” y “necesidad de ayuda permanente de tercera persona”), en correspondencia con los “17 puntos” que “por este agravamiento” le otorga el facultativo que suscribe el informe que aporta. Sin embargo, este último incluye en dicha puntuación secuelas relacionadas con la fractura de cadera, diferenciadas de la de “sondaje obligado”, que valora en relación al tiempo “que hubo de ser necesaria la sonda” (sin que, como hemos advertido en la consideración tercera, explicita la extensión de este periodo temporal). Añade que, “de la puntuación anterior, puede considerarse debido a las complicaciones del proceso un porcentaje de la rigidez” -que tampoco precisa-, “pero la práctica totalidad de la necesidad de sondaje”.

A la vista del contenido de este informe pericial, hemos de concluir, en primer lugar, que la afectada incluye entre las secuelas aquellas que son inherentes a la fractura de cadera, las cuales no guardan relación directa con la insuficiencia renal padecida. En segundo lugar, el propio perito indica que

resulta imposible valorar la incidencia de las complicaciones descritas en el deterioro de la enferma. En tercer lugar, el informe emitido por el especialista en Geriátrica del Hospital "Y" recuerda que, dada "la edad y el proceso clínico" (fractura de cadera), la necesidad de "ayudas en aseo y vestido" de la paciente es lógica y, por último, el informe técnico de evaluación resalta que el cuadro de insuficiencia renal "no impidió" que la reclamante "iniciase con normalidad el tratamiento fisioterápico" correspondiente, lo que refuerza la convicción de que la complicación descrita no alteró la recuperación.

Por tanto, la falta de especificación de cuál ha sido la incidencia de la pretendida demora diagnóstica en la evolución de la enferma nos conduce a estimar que no ha resultado acreditado el daño que se vincula a la incorrecta asistencia recibida.

Pese a ello, aun cuando considerásemos que el diagnóstico tardío de la dolencia ha influido de forma determinada en la salud de la paciente, el resultado del análisis de la existencia de nexo causal inmediato y directo entre tal circunstancia y el funcionamiento de aquel servicio público arrojaría una conclusión igualmente desestimatoria.

Al respecto, y como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos. 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 en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

También 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. En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir que el informe pericial privado aportado por la interesada no se pronuncia sobre la omisión diagnóstica, sino (y en los confusos términos que hemos dejado expuestos) sobre el estado y las secuelas que presenta la paciente. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre el respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada con base en los restantes informes médicos incorporados al expediente durante el procedimiento, que no han sido discutidos en el trámite de audiencia, durante el cual no comparece la reclamante.

Pues bien, en el presente caso, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias interviniente corrobora lo manifestado por el Servicio de Traumatología respecto a que la sintomatología surgida durante el posoperatorio (edema, desorientación, retención urinaria) es habitual en pacientes de edad avanzada como la perjudicada, y sometidos a una intervención que requirió anestesia regional y posterior encamamiento. El tratamiento incluyó la realización de analíticas y sondaje evacuador en dos ocasiones (los días 8 y 9 de abril, esto es, inmediatamente después de la intervención), refrendando la historia clínica la afirmación del mismo Servicio de que en los dos días anteriores al traslado la enferma no presentó molestias urinarias o signos de retención. Ausente cualquier consideración técnica en sentido contrario -no se formulan alegaciones y, como hemos resaltado, el informe pericial privado no efectúa aportación alguna en este sentido-, debemos concluir que no disponemos de indicios que permitan interpretar que la existencia de la insuficiencia renal

aguda presente al ingresar la paciente en el segundo hospital -causada, según el facultativo que la atiende en aquel momento, no solo por la retención urinaria, sino por el tratamiento médico habitual que seguía- hubiera podido ser detectada con anterioridad; es más, consta en el expediente que los problemas de retención también fueron tratados durante el ingreso de la misma en el primer centro.

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

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.