

Expediente Núm. 143/2016
Dictamen Núm. 206/2016

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 15 de septiembre de 2016, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de junio de 2016 -registrada de entrada el día 3 del mismo del mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados una demora en la asistencia y un alta inadecuada en el servicio de urgencias de un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de mayo de 2015, el interesado presenta en el Servicio de Atención al Usuario de la Gerencia del Área Sanitaria IV una reclamación de responsabilidad patrimonial por el sufrimiento derivado de una demora en la asistencia y un alta inadecuada.

Refiere que el día 25 de septiembre de 2014, a las 14:15 horas, acude al Servicio de Urgencias “con un dolor crónico generalizado en todo el cuerpo”,

quedando “postrado en la camilla en medio de un pasillo sin más atención médica que la clasificación en la sala de triaje durante un periodo cercano a las 3 horas”, sin que se le suministrara medicación alguna hasta la llegada del médico del Servicio de Neurocirugía, que tras una exploración le pauta analgésicos.

Añade que su evolución “es muy escasa en la disminución del dolor y nula en la recuperación de movilidad”, y que “se le comunica que no se le puede hacer por Urgencias la prueba de la bomba de morfina” para la que “ya estaba (...) en lista de espera con el preoperatorio realizado en mayo de 2014”, manifestándosele “la imposibilidad de su realización en los próximos días”. Reseña que el neurocirujano “decide unilateralmente dar de alta al paciente alrededor de las 20:33 horas del mismo día, poniendo en el informe que fue de mutuo acuerdo (...) cuando el paciente seguía manifestando el mismo cuadro médico que cuando había llegado (...), teniendo que abandonar (...) el Servicio de Urgencias (...) sujetado por sus padres y arrastrando los miembros inferiores”.

Reclama una indemnización “no (...) inferior” a los treinta mil euros (30.000 €) en compensación por los traumas psicológicos padecidos y la indebida alta del Servicio de Urgencias impuesta, al igual que por la continuación de soportar los dolores sin analgesia adecuada”.

Adjunta a su escrito una copia del informe del Servicio de Urgencias de 25 de septiembre de 2014, en el que consta su ingreso y el alta con diversa “medicación domiciliaria”, así como que está pendiente de que “le implante el Servicio de Neurocirugía una bomba de morfina, ya tiene el preoperatorio hecho”.

2. Mediante oficio notificado al perjudicado el 4 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con

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

3. El día 28 de octubre de 2015, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de su historial clínico y los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño.

El médico que atendió al paciente y el Jefe del Servicio de Neurocirugía señalan, con fecha 23 de octubre de 2015, que presentaba "un cuadro de dolor crónico generalizado, por lo que se encontraba pendiente de realizar test de morfina intratecal por parte de la Unidad de Neurocirugía Funcional. En esos momentos se encontraba a tratamiento, entre otros fármacos, con múltiples analgésicos, entre los que se incluían morfínicos a dosis elevadas y varios antiinflamatorios pautados por la Unidad del Dolor (...). Tras realizar la anamnesis y exploraciones físicas oportunas, se explica al paciente que dicho test no se puede realizar de urgencia, que debe ser realizado y valorado por su neurocirujano responsable. También se le explica que, dado que se encuentra con mucha medicación analgésica derivada de la morfina, no se puede aumentar la dosis, pudiendo ajustar ligeramente la medicación antiinflamatoria. Se le ofrece la posibilidad de probar esos nuevos ajustes en la medicación en la unidad de observación de Urgencias, pero el paciente prefiere volver a su domicilio. Por todo ello, de mutuo acuerdo, se decide el alta al domicilio, quedando pendiente de informar a su neurocirujano responsable (...), lo cual se realiza al día siguiente". Añaden que valorado por este "se realiza test de morfina intratecal en mayo de 2015, el cual resulta negativo. Ante dicho resultado y tras nueva valoración (...), en junio de 2015 es dado de alta del Servicio de Neurocirugía, dado que no dispone de posibilidades quirúrgicas para su dolor".

El 16 de julio de 2015, el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias pone de manifiesto que el paciente ingresó "a las 14:15 horas refiriendo un empeoramiento del dolor crónico", y "según consta en su historia

clínica se inició tratamiento analgésico y antiemético intravenoso a las 16:38 horas, y fue valorado por una médica de guardia en el Servicio de Urgencias que solicitó una interconsulta con carácter urgente al Servicio de Neurocirugía, que tras valorar al paciente y completar el tratamiento analgésico decidió darle el alta para seguimiento ambulatorio a las 21:03 horas”.

En la historia clínica aportada al expediente figuran los mencionados extremos, y que se trata de un paciente de 40 años que acude a Urgencias por dolor crónico generalizado, presentando como antecedentes sacroileítis y artropatía HLA B27 positiva, fibromialgia, necrosis aséptica de ambas caderas, condropatía rotuliana, artrosis de cadera derecha y necrosis de rodillas, que tiene una minusvalía del 87% y que se le realizaron (a las 17:45 horas) radiografías de columna cervical, dorsal y lumbosacra.

4. Con fecha 21 de diciembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él concluye que la asistencia prestada fue “adecuada y conforme a los criterios de la *lex artis*”, observándose que “el daño no es antijurídico, y además no procede de la actuación del sistema sanitario sino de la evolución natural de la enfermedad o de complicaciones inherentes a las técnicas diagnósticas o terapéuticas utilizadas, que por conocidas no son evitables”.

5. Mediante escritos de 12 de enero de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros 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.

6. El día 7 de marzo de 2016, y a instancia de la compañía aseguradora, emite informe un especialista en Medicina Interna. En él señala que el paciente presentaba “un cuadro de dolor crónico no controlado a pesar de tratamiento analgésico (...) desde 2009. Ante la falta de respuesta a dicho tratamiento se había planificado la realización de un test de morfina intratecal, imprescindible

para conocer la efectividad de dicho procedimiento (implante de bomba de morfina), para lo cual (...) ya había realizado el estudio preoperatorio, puesto que dicho procedimiento (...) no se realiza en los Servicios de Urgencias, sino de forma programada y en quirófano”.

Manifiesta que, tras ingresar “por mal control de la patología ya conocida” en el Servicio de Urgencias, “se le administró analgesia de segundo y tercer escalón que no fue eficaz. La medicación y las dosis que le administraron fueron correctas (...). Se le ofreció la posibilidad de permanecer ingresado para valorar la efectividad del tratamiento suministrado, que el paciente declinó (...). La prueba (test) se realizó finalmente y el resultado fue negativo, por lo que desgraciadamente no se le pudieron ofrecer (...) otras alternativas aparte de las ya implementadas para el control de su dolor”.

Concluye que la asistencia dispensada “fue correcta en todo momento”.

7. Con fecha 14 de marzo de 2016, emite informe un gabinete jurídico privado a instancia de la compañía aseguradora. En él se afirma que la actuación del servicio público sanitario fue diligente, y que los daños morales reclamados “solamente pueden ser atribuibles a la propia enfermedad”.

8. Mediante escrito notificado al interesado el 6 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

9. El día 20 de abril de 2016, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que subraya que la “razón de la demanda” es el “alta inapropiada” sin ofrecerle “la posibilidad de seguir en tratamiento en la unidad de observación de Urgencias, siendo precisamente la solución que esperaba (...) en vez de un alta”, e insiste en que no fue “acordada con el paciente en absoluto”.

A través del mismo escrito formula una reclamación separada por importe “no inferior a 50.000 € (...) por el fondo y la forma en que fue

practicada la prueba de morfina intratecal en mayo de 2015”, pues en la documentación obrante en el expediente consta que esta ha de realizarse “en quirófano” y se llevó a cabo en la misma habitación en la que había ingresado al efecto.

10. Con fecha 10 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en la que, partiendo de la argumentación contenida en los informes recabados durante la instrucción del procedimiento, concluye que procede desestimar la reclamación presentada.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio de 2016, 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, adjuntando a tal fin copia del mismo en formato digital.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el interesado activamente legitimado 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, consta en el expediente que el interesado presentó una reclamación ante el Servicio de Atención al Usuario de la Gerencia del Área Sanitaria IV el 27 de mayo de 2015, y si bien la misma no aparece registrada en la Administración del Principado de Asturias hasta el mes de agosto de 2015, en ella se alude a la asistencia sanitaria que se le dispensó en septiembre del año anterior, 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.

Sin embargo, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias -como venía haciendo habitualmente-.

Asimismo, apreciamos 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.- Imputa el perjudicado a la Administración sanitaria el padecimiento derivado de un “alta inapropiada” sin ofrecerle “la posibilidad de seguir en tratamiento en la unidad de observación de Urgencias”. Si bien en su escrito inicial anuda también el daño reclamado a la desatención o demora en el

Servicio de Urgencias, en el trámite de audiencia subraya y reitera que la *causa petendi* se contrae a la improcedencia del alta hospitalaria.

En cuanto al perjuicio cuyo resarcimiento se persigue, alude a los “traumas psicológicos padecidos” al no permanecer hospitalizado y “la continuación de soportar los dolores sin analgesia adecuada”, accionando así por un daño moral y otro físico cuya realidad ha de admitirse a la luz de lo actuado; abstracción hecha de su valoración, que no se justifica en el expediente. Queda al margen de este procedimiento la pretensión resarcitoria deducida en el escrito de alegaciones por “el fondo y la forma en que fue practicada la prueba de morfina intratecal en mayo de 2015”, toda vez que este expediente de responsabilidad patrimonial se tramita por hechos anteriores.

Aislado el daño resarcible, se advierte que la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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. También hemos de señalar 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 el supuesto planteado se observa una divergencia sobre el sustrato fáctico que fundamenta la pretensión, toda vez que el interesado aduce insistentemente que se le impuso el alta sin ofrecerle "la posibilidad de seguir en tratamiento en la unidad de observación de Urgencias", mientras que el informe del Servicio de Neurocirugía detalla que "se le ofrece la posibilidad de probar esos nuevos ajustes en la medicación en la unidad de observación de Urgencias pero el paciente prefiere volver a su domicilio. Por todo ello, de mutuo acuerdo, se decide el alta al domicilio". Nada se objetiva sobre este extremo en la historia clínica. No obstante, tal discrepancia es puramente accidental en orden al enjuiciamiento que nos atañe, ya que el objeto de la reclamación (el daño que se anuda al "trauma" asociado a recibir el alta en estado precario y a la persistencia del dolor) nos reconduce a la cuestión de la procedencia o improcedencia del referido alta y a la adecuación del tratamiento dispensado; extremos en los que -netamente- estriba el nudo de la controversia.

Al respecto, falta en las actuaciones cualquier soporte probatorio que permita sostener que el efecto lesivo denunciado por el paciente -remisión a su domicilio sin mitigar los dolores- se hubiera evitado o aminorado

sustancialmente con un tratamiento distinto, pues el devenir fáctico (resultado negativo del test de morfina intratecal) viene a corroborar que no existía una alternativa terapéutica disponible más eficaz que las ya implementadas. Ni siquiera dialécticamente llega a sostener el perjudicado que debió pautarse o dosificarse una medicación distinta, limitándose a manifestar, sin sustrato pericial alguno, la improcedencia del alta el mismo día de su ingreso. En suma, esa remisión a su domicilio con persistencia del dolor se revela inevitable, ya fuere en el mismo día de los hechos o en los sucesivos. Tampoco argumenta el reclamante que el test de morfina debiera practicársele en dicho momento antes del alta; al contrario, se acoge al criterio pericial -explicitado en el informe aportado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración- de que tal prueba ha de programarse para ser realizada en quirófano. La ausencia de un engarce -ya meramente fáctico- entre el daño y la asistencia médica se razona en el informe técnico de evaluación, que concluye, sin elemento alguno que lo contraríe, que aquel “no procede de la actuación del sistema sanitario sino de la evolución natural de la enfermedad o de complicaciones inherentes a las técnicas diagnósticas o terapéuticas utilizadas, que por conocidas no son evitables”, lo que es suficiente para desestimar la pretensión deducida.

En cualquier caso, aunque se admitiera que los padecimientos sufridos pueden anudarse a la atención dispensada, nada objetiva en lo actuado la improcedencia del alta ni infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. En efecto, todos los informes incorporados al expediente por la Administración y su compañía aseguradora concluyen que no se aprecia mala praxis, habiéndose acudido a los medios terapéuticos disponibles que la situación del paciente demandaba en cada momento, sin que el alta se manifieste improcedente ni la prolongación de su estancia hospitalaria operativa. Así, en el informe técnico de evaluación se concluye que la asistencia fue correcta, y en el elaborado por la especialista en Medicina Interna se razona que, tras ingresar el paciente “por mal control de la patología ya conocida” en el Servicio de Urgencias, “se le administró analgesia de segundo y tercer escalón que no fue eficaz. La

medicación y las dosis que le administraron fueron correctas”, y “desgraciadamente no se le pudieron ofrecer (...) otras alternativas aparte de las ya implementadas para el control de su dolor”, sosteniéndose que la asistencia dispensada “fue correcta en todo momento”. En el mismo sentido, el informe del Servicio de Neurocirugía reseña que presentaba un “cuadro de dolor crónico generalizado”, y que tras realizar la anamnesis y las exploraciones físicas oportunas “se le explica que, dado que se encuentra con mucha medicación analgésica derivada de la morfina, no se puede aumentar la dosis, pudiendo ajustar ligeramente la medicación antiinflamatoria”, por lo que “el paciente prefiere volver a su domicilio”. Igualmente, en el informe librado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias se constata que el paciente ingresó “a las 14:15 horas refiriendo un empeoramiento del dolor crónico”, y que “se inició tratamiento analgésico y antiemético intravenoso a las 16:38 horas”, siendo “valorado por una médica de guardia en el Servicio de Urgencias que solicitó una interconsulta con carácter urgente al Servicio de Neurocirugía, que tras valorar al paciente y completar el tratamiento analgésico decidió darle el alta para seguimiento ambulatorio a las 21:03 horas”, obrando en la historia clínica la referencia a estos extremos y las radiografías efectuadas, por lo que no se objetiva una situación de abandono.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se aprecia que la lesión sea consecuencia del tratamiento recibido, ni se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, revelándose que los padecimientos sufridos por el paciente son consecuencia de su patología de base y que no existen alternativas quirúrgicas disponibles, sin que quepa suplantarse el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado. No obstante, como ya advertimos, queda al margen de este procedimiento -y en consecuencia subsiste la obligación administrativa de su tramitación y resolución- la pretensión resarcitoria que el interesado deduce en su escrito de alegaciones en relación con la prueba de morfina intratecal realizada en mayo de 2015, dado que el presente se refiere a hechos anteriores.

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.