

Expediente Núm. 31/2017
Dictamen Núm. 106/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de abril de 2017, 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 18 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su padre como consecuencia de una insuficiencia respiratoria durante su ingreso en un hospital de la red pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 15 de febrero de 2016 (según se recoge en el oficio de remisión), la interesada presenta en el registro del Hospital un escrito, con su firma y la de una letrada que actúa como representante, en el que formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su

padre, que atribuye al tratamiento inadecuado de los problemas respiratorios que sufrió en fase de preoperatorio.

Expone que como consecuencia de una fractura de cadera por una caída en la calle su progenitor queda ingresado el 27 de febrero de 2015 en el Hospital, y al tercer día “comienza a presentar episodios de apnea, lo que le provocaba *delirium* y flemas”, sin que fuese atendido por un facultativo hasta dos días después, “cuando se personó un médico de Medicina Interna para el preoperatorio”, y que “la única respuesta a la incapacidad respiratoria obvia que presentaba fue ponerle oxígeno por vía nasal”, advirtiéndoseles que “esa solución (...) no funcionaba”.

Reseña que al indicarle a una enfermera que el paciente se encontraba “muy mareado”, se les responde que es “absolutamente normal” y que “la familia puede irse tranquila a descansar”, pero que a las tres horas reciben una llamada para comunicarles que se encuentra en “estado crítico”, ante lo cual acuden y manifiestan que “debería estar en la UCI dadas las circunstancias, pero el médico dice que él es un médico de guardia y no puede dar esa orden, que esa orden solamente puede darla el médico titular que lo atiende y que empieza su turno por la mañana (...). A la mañana siguiente sigue en planta y se le pone mascarilla con humidificación (...); pese al estado alarmante no se toma medida alguna (...). A media mañana (...) deja de respirar (...) y la enfermera dice (...) que va a llamar al médico interino”, que valora al paciente como terminal, y fallece siendo 8 de marzo de 2015.

Afirma que “es obvio que no se le prestó la atención debida, máxime cuando ya había tenido un problema respiratorio consecuente con una operación anterior y se ha advertido de ello expresamente”.

Cuantifica el daño sufrido en doce mil euros (12.000 €), “según aplicación analógica del baremo de accidentes”.

2. Mediante oficio notificado a la interesada el 18 de abril de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas la requiere para que subsane la falta de acreditación de la representación, bajo

advertencia de tenerla “por desistida”, así como “para acreditar el parentesco” con el fallecido.

El día 22 de abril de 2016, la reclamante presenta un escrito al que acompaña una copia de su documento nacional de identidad, del Libro de Familia (en el que consta la filiación) y de la resolución del Colegio de Abogados por la que se le designa provisionalmente abogado y procurador como potencial beneficiaria de asistencia jurídica gratuita.

3. Con fecha 13 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la perjudicada la fecha de recepción de su reclamación 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.

4. A solicitud del Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, se incorporan al expediente, remitidos por el centro hospitalario que atendió al fallecido, copias de su historial clínico y de los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño.

En el suscrito por el Jefe del Servicio de Traumatología, fechado el 30 de mayo de 2016, se indica que se trata de un “anciano pluripatológico” de 83 años, “con enolismo severo, exfumador importante”, y se detalla el proceso asistencial, reseñando que “después de la caída presenta clara limitación para la movilidad con importante dolor. En el Servicio de Urgencias, tras descartarse patología a otro nivel, al realizar Rx de cadera izquierda fue diagnosticado de fractura periprotésica de cadera izquierda, por lo que pasó a cargo de Traumatología (...). Durante el ingreso el estado del paciente se deterioró de manera progresiva debido a la patología previa (...) (síndrome confusional) y a la propia patología motivo de ingreso, precisando valoración por el Servicio de Medicina Interna, que realizó (el) ajuste terapéutico oportuno./ El paciente estaba programado quirúrgicamente para el 10-03-2015, pensando que la situación (...) podría estabilizarse hasta esa fecha, pero (...) empeoró con clara

dificultad para respirar debido a importante secreción respiratoria que fue tratada pertinentemente./ El estado continuó empeorando con posible cuadro de broncoaspiración en la madrugada del 08-03-2015, siendo finalmente exitus”.

En el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, con fecha 19 de mayo de 2016, se detalla la evolución del paciente y se concluye que “una vez solicitada la consulta (...) fue valorado en un plazo de tiempo corto, se diseñó un plan de actuación y se juzgó que (...) no era candidato a medidas agresivas”.

5. Con fecha 3 de septiembre de 2016, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe colegiado cuatro especialistas en Medicina Interna. En él se señala que el paciente falleció “como consecuencia de una insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria producida por una neumonía, presumiblemente por broncoaspiración”, y se razona que “era un bebedor importante y ya había tenido previamente un *delirium tremens* cuando estuvo ingresado por neumonía, y por ello al ingresar se inició tratamiento preventivo de privación alcohólica con Distraneurine. A pesar de ello apareció síndrome confusional que creemos no era manifestación de una privación alcohólica, sino una psicosis situacional transitoria que requirió la administración de tranquilizantes mayores” (neurolépticos). Se explica que el síndrome confusional agudo “es un cuadro de alteración del nivel y contenido de la consciencia (...). Es el trastorno de comportamiento más frecuente en personas mayores ingresadas, apareciendo hasta en el 54% de ellos, pudiendo deberse a múltiples causas”. Se concluye que “la causa más probable de la neumonía final (...) fue una broncoaspiración de contenido gástrico debido al bajo nivel de consciencia, que inicialmente solo dio lugar a la aparición de disnea y horas después evolucionó apareciendo la neumonía que se observó en la segunda radiografía (...). No existe ninguna medida que evite la broncoaspiración. Solo son posibles medidas paliativas para que esta aspiración sea menos grave. Este efecto tiene la administración de alcalinos u otros fármacos que disminuyen la

acidez del jugo gástrico y que este enfermo estaba recibiendo (Omeprazol) (...). En este enfermo la causa de la insuficiencia respiratoria global es múltiple, debida por una parte a la depresión (...) por los neurolépticos que se le estaban administrando por el síndrome confusional y por otra a la broncoaspiración con aparición de neumonía secundaria (...). En todo momento la forma de administración de oxígeno fue la adecuada a las necesidades del paciente (...). La broncoaspiración de contenido gástrico es una situación repentina e inevitable y por tanto no se puede prever si va a aparecer o no (...). Creemos que la actuación seguida con este paciente fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*".

6. Evacuado el trámite de audiencia, la interesada comparece en las dependencias administrativas el 20 de noviembre de 2016 y obtiene una copia del expediente.

No consta en este que se hayan presentado alegaciones.

7. El día 16 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al apreciar que la asistencia dispensada fue correcta.

Respecto al invocado fracaso de la administración de oxígeno por vía nasal, se constata que la documentación clínica refleja que "el oxígeno aplicado de esta forma sí era efectivo", y se relatan los posteriores ajustes o cambios, concluyendo que la forma de administración fue adecuada.

En torno a la falta de indicación de la gravedad del paciente, se razona que la broncoaspiración "es una situación repentina e inevitable".

En cuanto a la denuncia de no haber trasladado al paciente a la UCI porque el médico de guardia "no puede dar esa orden", se reseña que "no se ajusta a la realidad", pues "cualquier médico de guardia puede solicitar la valoración del paciente por los médicos de la UCI para ver si debe ingresar en esa Unidad. Lo que con toda probabilidad ocurrió esa noche es que el médico de guardia consideró, con buen criterio, que el enfermo, con 83 años, enolismo

crónico y síndrome confusional agudo, no era candidato a intubación y ventilación mecánica (...), que tendría que ser muy prolongada y probablemente inútil por la gravedad del cuadro que presentaba. Esta decisión tomada por el médico de guardia podría ser cambiada por el médico encargado de la atención del paciente (traumatólogo) si (...) consideraba que la valoración como terminal de la situación del paciente no era correcta (...), y no cambió la decisión del médico de guardia”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de enero de 2017, 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 según 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio

de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación presentada en el registro del Hospital el 15 de febrero de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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 15 de febrero de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su padre- el día 8 de marzo 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 Responsabilidad Patrimonial. 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.

Ahora bien, apreciamos en la práctica administrativa, y en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos. En este supuesto ni siquiera aparece un sello de registro sobre el escrito de reclamación, ni se acude a un mecanismo alternativo para dejar formal constancia de la fecha, lo que puede resultar perturbador, si bien en el caso planteado no reviste ulterior incidencia.

Asimismo, advertimos que se requiere a la interesada para que subsane la falta de acreditación de la representación pese a que su firma aparece en el escrito inicial junto a la de su representante, lo que ha de reputarse suficiente para entender que la solicitud de iniciación reúne los requisitos legales (el artículo 70 de la LRJPAC se refiere, alternativamente, a la "Firma del solicitante o acreditación de la autenticidad de su voluntad"). En estas condiciones el requerimiento librado bajo advertencia de tenerla "por desistida" se revela improcedente, sin perjuicio de que se le comunique que la representación ha de quedar acreditada para las actuaciones en que así lo exige la ley, y

singularmente para el acceso a la documentación clínica del representado o sus allegados.

Por último, se observa 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.- Reclama la interesada el resarcimiento del daño derivado de la pérdida de su padre, que imputa a la negligencia del servicio público sanitario, pues fallece como consecuencia de una insuficiencia respiratoria que debió abordarse con otras técnicas o medios; “máxime cuando ya había tenido un problema respiratorio consecuente con una operación anterior y se ha advertido de ello expresamente”.

Queda acreditado en el expediente el hecho del fallecimiento, que conduce a presumir un padecimiento moral en el descendiente que aquí reclama, así como su origen en la insuficiencia respiratoria, tal como resulta de los informes médicos y de la historia clínica.

Ahora bien, 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 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. 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.

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. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En el supuesto planteado la interesada se limita a afirmar -con marcada vaguedad y sin soporte pericial alguno- que a su progenitor “no se le prestó la atención debida”, sugiriendo que no se valoró un antecedente de problemas respiratorios, que la administración de oxígeno por vía nasal no era adecuada y que no se le ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos por un problema burocrático.

Frente a esas imputaciones imprecisas o fragmentarias -pues no se razona su incidencia en el desenlace, ni se objetivan los tratamientos indebidamente omitidos-, todos los informes técnicos incorporados al expediente se detienen en la asistencia dispensada y concluyen que no hubo infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. Así, en el que suscribe el Jefe del Servicio de Traumatología se detallan los antecedentes del paciente (83 años, “anciano pluripatológico, con enolismo severo, exfumador importante”) y se examina el proceso asistencial, apreciándose que “se deterioró de manera progresiva debido a la patología previa (...) (síndrome confusional) y a la propia patología motivo de ingreso, precisando valoración por el Servicio de Medicina Interna, que realizó (el) ajuste terapéutico oportuno”, sin que se observe ningún tratamiento inadecuado.

Igualmente, en el informe elaborado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna se excluye cualquier mala praxis, razonándose que “una vez solicitada la consulta (...) fue valorado en un plazo de tiempo corto, se diseñó un plan de actuación y se juzgó que (...) no era candidato a medidas agresivas”.

La misma conclusión se alcanza en el informe emitido colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna a instancias de la compañía aseguradora, en el que se aprecia que el paciente falleció “como consecuencia de una insuficiencia respiratoria global con acidosis respiratoria producida por una neumonía, presumiblemente por broncoaspiración”, y se toma en consideración que “era un bebedor importante y ya había tenido previamente un *delirium tremens* cuando estuvo ingresado por neumonía”, lo que explica que al ingresar se iniciase “tratamiento preventivo de deprivación alcohólica con Distraneurine”, si bien “a pesar de ello apareció síndrome confusional que creemos no era manifestación de una deprivación alcohólica, sino una psicosis situacional transitoria que requirió la administración de tranquilizantes mayores” (neurolépticos), concluyéndose que “la causa más probable de la neumonía final (...) fue una broncoaspiración de contenido gástrico debido al bajo nivel de consciencia, que inicialmente solo dio lugar a la aparición de disnea y horas después evolucionó apareciendo la neumonía (...). En todo momento la forma de administración de oxígeno fue la adecuada a las necesidades del paciente (...). La broncoaspiración de contenido gástrico es una situación repentina e inevitable y por tanto no se puede prever si va a aparecer o no (...). Creemos que la actuación seguida con este paciente fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*”.

Por su parte, el técnico que elabora la propuesta de resolución suscribe estas mismas apreciaciones y repele puntualmente lo argumentado por la reclamante, razonando que la documentación clínica constata la adecuación de la forma de administración del oxígeno, que la inadvertencia del estado de gravedad es coherente con la naturaleza de la broncoaspiración, que “es una situación repentina e inevitable”, y que no medió traba burocrática en el proceso asistencial, pues “cualquier médico de guardia puede solicitar la valoración del paciente por los médicos de la UCI para ver si debe ingresar en esa Unidad. Lo que con toda probabilidad ocurrió esa noche es que el médico de guardia consideró, con buen criterio, que el enfermo, con 83 años, enolismo crónico y síndrome confusional agudo, no era candidato a la intubación y

ventilación mecánica (...), que tendría que ser muy prolongada y probablemente inútil por la gravedad del cuadro que presentaba. Esta decisión tomada por el médico de guardia podría ser cambiada por el médico encargado de la atención del paciente (traumatólogo) si (...) consideraba que la valoración como terminal de la situación del paciente no era correcta (...), y no cambió la decisión del médico de guardia”.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, revelándose que el fatal desenlace es consecuencia de unas patologías que se abordan con las técnicas oportunas en el estado actual de la ciencia, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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.