

Dictamen Núm. 230/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de noviembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de septiembre de 2021 -registrada de entrada el día 29 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 esposo, que atribuye a una inadecuada opción terapéutica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de agosto de 2020, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que la viuda de un paciente reclama una indemnización en concepto de responsabilidad patrimonial del servicio público sanitario por la defectuosa asistencia prestada a su marido en el Hospital “X”, determinante de su fallecimiento.

Indica que fue llamado para la práctica de un trasplante hepático el día 1 de septiembre de 2019 al aparecer un donante, encontrándose en lista de espera desde el 12 de junio de dicho año, reseñando que “la intervención se llevó a cabo inmediatamente y, en la misma, se produjeron diversas y graves

complicaciones que motivaron una falta de respuesta del hígado recién trasplantado y que no pudieron ser resueltas sino con la extirpación del mismo. Fue por tanto preciso solicitar urgentemente la disposición de un nuevo órgano, el cual llegó efectivamente con celeridad y se trató de implantar nuevamente con el mismo resultado, consistente en una serie de hemorragias que se trataron de controlar extirpando un riñón, lo cual no dio resultado alguno porque la situación del enfermo se había vuelto ya irreversible, lo que provocó su muerte el día 3 de septiembre de 2019”.

Entiende que “la muerte del difunto (...) ha sido consecuencia directa de una actuación de los servicios sanitarios del Principado de Asturias (...), ya que es evidente que el trasplante planeado se consideraba totalmente viable, y prueba de ello es que se decidió que el paciente fuese trasplantado a pesar de que, como se reconoce en la historia clínica, superaba los criterios de Milán para el trasplante hepático; a mayor abundamiento, y no habiendo llegado a buen puerto el primer trasplante de hígado, se solicitó un nuevo órgano, lo que evidencia que todo indicaba, antes de intervención, que la misma era viable y sería exitosa”, considerando de aplicación la “doctrina del daño desproporcionado”.

Tras señalar que, “además del daño de naturaleza moral provocado por el fallecimiento, hay que tomar en consideración el daño económico derivado de la pérdida de ingresos del trabajo (...), que en el año 2018 fueron de 30.334,26 € según declaración del IRPF de dicho ejercicio”, cuantifica la indemnización que solicita en ciento cuarenta y un mil cuatrocientos cincuenta y un euros con veintitrés céntimos (141.451,23 €), que desglosa en diferentes conceptos.

Aporta, entre otros, copia de los siguientes documentos: a) Libro de Familia. d) Informe preoperatorio de trasplante hepático, de 13 de mayo de 2019, en el que se describe el estado del paciente, el resultado de diversas pruebas, la búsqueda de infecciones y tumores ocultos y la evaluación de la permeabilidad vascular hepática y de la función pulmonar, cardiovascular, renal, metabólica, hematológica, inmunológica, socio-familiar y neuropsiquiátrica. c) Informe de seguimiento del Servicio de Digestivo del Hospital “X”, de 3 de junio de 2019, en el que consta como motivo de consulta valoración de posible

trasplante hepático, reflejándose la situación clínica del paciente y que fue "revisado el caso en Sesión Multidisciplinar". Se concluye "CHC estadio intermedio. Fuera de criterios de Milán, entra en criterios expandidos de San Francisco y en UP-TO-SEVEN. VHC activo no tratado. Se decide TACE", constando dos sesiones (el 15 de noviembre de 2018 y el 12 de febrero de 2019). d) Informe del Hospital "X" tras el deceso, en el que se recoge que el paciente "se incluye en lista de espera el 12-6-19 con criterios expandidos, ya que sobrepasaban los criterios de Milán para trasplante hepático por exceso de carga tumoral, que se había reducido con quimioembolización, y superaba también los criterios para resección quirúrgica de los tumores./ El día 1 es llamado para trasplante hepático al disponerse de un donante. En la intervención presenta un problema de drenaje venoso, a pesar de que la anastomosis de cava era correcta y abarcaba toda la amplitud que permitía la confluencia de las venas suprahepáticas, según la técnica estándar. A consecuencia de ello, tras la reperfusión portal y arterial se produjo una congestión hepática importante que se resolvió con una anastomosis cavo-cava infrahepática. Esta anastomosis resultó dificultosa por el aumento de volumen del hígado debido a la congestión, con una pérdida de sangre importante, pero se consiguió solucionar la congestión del hígado con un buen drenaje venoso a la cava. Sin embargo, debido a la mala perfusión hepática transitoria, por la congestión, la pérdida de sangre y la necesidad de vasoconstrictores, se produjo un fallo primario del hígado. Al término de la cirugía el hígado seguía sin producción biliar, la coagulopatía no se resolvía y había signos de necrosis hepática macroscópica y analítica con acidosis metabólica no controlable. La única forma de resolver la situación era extirpar el hígado, lo que resolvió la acidosis y la inestabilidad hemodinámica, controlándose el sangrado./ Se solicitó un hígado urgente (...). En el segundo implante, tras la reperfusión el hígado comenzó a funcionar, pero se empezó a presentar de nuevo congestión, aunque leve, y se realizó de nuevo cavo-cava infrahepática, constatándose un problema de insuficiencia de drenaje venoso de cava suprahepática por las condiciones anatómicas del receptor (...). A pesar de que el implante se pudo realizar y el hígado empezó a presentar función, la situación del paciente por inestabilidad hemodinámica y coagulopatía era muy precaria y no se consiguió

hacer hemostasia completa. La hemorragia continuaba y la situación del paciente empeoraba (...). Ante la mala situación se consultó a Urología y se decidió extirpar el riñón derecho en un intento de controlar la hemorragia en esa zona (...), pero no respondió a las medidas terapéuticas, produciéndose el exitus a las 11:21 h del 3 de septiembre de 2019 por disociación electromecánica cardíaca como fase final del shock”.

2. Mediante escrito de 6 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada 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, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 13 de noviembre de 2020, la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica y el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital “X” el día anterior. En este último consta que “el paciente es evaluado para trasplante hepático por el Servicio de Digestivo (...) el 19 de agosto de 2019”, detallando sus antecedentes personales. Expone que, “previamente, en Sesión Multidisciplinar del Hepatocarcinoma (...) del 2 de noviembre de 2018 se revisan los TC realizados” en el Hospital “Y”, “confirmando el diagnóstico de (...) (carcinoma hepatocelular) estadio intermedio, fuera de criterios de Milán, entrando en criterios expandidos de San Francisco y en UP-TO-SEVEN para posible trasplante (...). Se decide realizar TACE (quimioembolización transarterial)”, comenzándose el 14 de mayo de 2019 tratamiento con “epclusa y ribavirina con buena tolerancia”.

Explica que “se decide incluir en lista de trasplante hepático el 12 de junio de 2019 ante la buena respuesta al tratamiento local y tras la evaluación de nuevo por el Comité de Trasplante Hepático” con el diagnóstico de “cirrosis hepática por VHC (...). Infección VHC (...) en tratamiento con SOF/VEL + ribavirina desde el 13-5-19. Finalizado el 6-8-19. PCR-VHC indetectable./

Coinfección VIH, categoría A 1, en tratamiento con Targa desde noviembre-18./
CHC binodular (44 y 22 mm), fuera de criterios de Milán (estadio B del BCLC),
diagnosticado en noviembre de 2018. Tratamiento mediante TACE en nov-18 y
febrero-19 por restos tumorales. Modelo AFP 1 pto. (bajo riesgo recidiva
postrasplante)./ Dudoso síndrome hepatopulmonar sin hipoxemia”.

Añade que es citado en la consulta de Cirugía General el 12 de junio de
2019, donde se le entrega y firma el documento de consentimiento informado
en el que “se describe el procedimiento a realizar y se especifican las
complicaciones posibles, haciendo referencia expresa al fallo hepático”,
reproduciendo su contenido, tras lo cual detalla el ingreso hospitalario y el
curso clínico, así como los resultados que obran en el informe
anatomopatológico, donde se expresa que “el paciente presentaba dos lesiones
y cirrosis, por tanto indicación de trasplante hepático. El fallo hepático fue por
isquemia masiva del primer hígado trasplantado”.

Concluye que “en todo momento se actuó por parte del Servicio de
acuerdo a la *lex artis*”.

Entre la documentación aportada al expediente figuran los documentos
de consentimiento informado suscritos por el paciente.

4. Con fecha 2 de marzo de 2021, emite informe pericial a instancia de la
compañía aseguradora de la Administración un especialista en Cirugía General y
del Aparato Digestivo, máster en Peritaje Médico y licenciado en Farmacia. En él
se concluye que “la actuación de todos los profesionales sanitarios que han
atendido al paciente durante el periodo reclamado ha sido correcta y ajustada a
la *lex artis ad hoc*, sin existir ningún daño imputable a su actuación”.

Explica que el diagnóstico que presentaba el paciente tiene una
supervivencia de “16 meses o (del) 49 % a los dos años”, y que “el trasplante
hepático, en el estadio B que presenta (...), sigue siendo el único procedimiento
quirúrgico curativo puesto que puede potencialmente eliminar tanto el tumor
como la hepatopatía subyacente (...). La única limitación que existe para
ofrecer dicho tratamiento a muchos pacientes con hepatocarcinoma es la
escasez de órganos disponibles”. Aclara que el enfermo presentaba
hepatocarcinoma binodular y que, conforme las guías clínicas, “el tratamiento

indicado para estos casos es la realización de quimioembolización (...). En este caso se realizaron dos quimioembolizaciones (TACE) en noviembre de 2018 y febrero de 2019 por persistencia de restos tumorales”.

Añade que “la indicación de trasplante hepático es absolutamente correcta y la mejor opción terapéutica para intentar resolver la grave enfermedad y de infausto pronóstico” del paciente”, sin que este presentase ninguna contraindicación para su realización.

Por otra parte, explicita que fue “informado en tiempo, forma y con detalle del procedimiento a realizar y de los potenciales riesgos. Expresamente, se reseña la posibilidad de complicaciones graves durante la cirugía, fracaso hepático fulminante, posibilidad de retrasplante y el fallecimiento”, incidiendo en que “el trasplante hepático es una cirugía de extrema complejidad técnica y morbi-mortalidad, existiendo innumerables factores intraoperatorios que pueden desencadenar el fallecimiento del paciente, como así se recogen en el consentimiento firmado por el paciente en tiempo y forma y figuran en la literatura médica”.

5. Mediante oficio notificado a la interesada el 7 de junio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

6. Con fecha 12 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que la asistencia prestada “fue correcta y adecuada a la *lex artis*”. Concluye que “la indicación de trasplante hepático fue correcta. La isquemia masiva que ocasionó el fallo hepático debido a la congestión y la hemorragia es una situación imprevisible e inevitable, constituyendo la materialización de un riesgo típico de este tipo de procedimientos y que está descrito en el documento de consentimiento informado que el paciente suscribió”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre de 2021, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 27 de agosto de 2020, y los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- se producen el día 3 de septiembre de 2019, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su marido, que achaca a una deficiente actuación sanitaria.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción, que sucede durante el ingreso hospitalario, así como el vínculo matrimonial, por lo que cabe presumir la existencia de ciertos daños.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 171/2021), 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 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 previo estado del paciente o de la organización sanitaria en que se desarrolla, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, pues sobre él recae, con carácter general, 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. Excepcionalmente, se exime a quien reclama de dicha carga en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*).

Tal daño desproporcionado es mencionado en el caso que nos ocupa, en el que la mala praxis parece concretarse en la inadecuada opción terapéutica seguida por el personal sanitario, al considerar la reclamante que el paciente no era apto para recibir un trasplante; interpretación de lo acontecido que se sustenta únicamente en la mención que figura en la documentación clínica de que aquel “sobrepasaba los criterios de Milán” (aunque “entrando en criterios expandidos de San Francisco y en UP-TO-SEVEN para posible trasplante”).

Por otra parte, procede señalar que la reclamación se limita a aportar la documentación clínica del curso asistencial sin pericial alguna, por lo que este Consejo ha de formar su juicio acerca de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

Para determinar la idoneidad de la intervención quirúrgica debe analizarse la situación clínica a la que pretende dar respuesta.

Al respecto, nos encontramos con un paciente que desde años atrás está sometido a tratamiento médico, con seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital “Y” y que padece una cirrosis hepática secundaria a infección crónica por virus C conocida desde hace unos 30 años. En un control del Servicio de Digestivo llevado a cabo en el mes de noviembre de 2018 se detecta la presencia de dos hepatocarcinomas, de 44 y 22 mm, en un estadio B, lo que implica una enfermedad grave ligada a un pronóstico infausto, constando en el expediente que la supervivencia en este tipo de pacientes se sitúa en “16 meses o en el 49 % a los dos años”. Las guías clínicas que resultan de aplicación indican como tratamiento más adecuado el que efectivamente se llevó a cabo. Primeramente, se realizaron dos quimioembolizaciones y después se optó, ante la buena respuesta al tratamiento local, por incluir al paciente en la lista de espera quirúrgica para recibir un trasplante.

Tal decisión fue adoptada siguiendo los protocolos y por el órgano competente.

En este punto, cabe mencionar la alegación de daño desproporcionado que la reclamante define como “aquel ajeno a las complicaciones conocidas de la intervención”, indicando que existe “cuando un acto médico produce un resultado anormal, insólito o inusualmente grave en relación con los riesgos que normalmente comporta”.

Debe señalarse que se trataba de un paciente con un diagnóstico al que se liga una media de supervivencia de 16 meses, frente al cual se adoptó el tratamiento recomendado según los protocolos aplicables, y ante la buena respuesta local se decidió incluirlo en la lista de trasplante hepático; indicación correcta para abordar la grave enfermedad que padecía a tenor de la documental obrante en el expediente y que fue adoptada por el Comité de Trasplante Hepático. Adicionalmente, fue informado de manera detallada y acorde a la gravedad de la situación del procedimiento quirúrgico a realizar y de sus riesgos potenciales, constanding la mención al fracaso hepático y al fallecimiento en el documento de consentimiento informado, sin que, dadas las circunstancias concurrentes, quepa suponer que aquel desconocía los riesgos de la intervención a la que accedía a someterse.

Asimismo, se constata la realización de un exhaustivo preoperatorio que incluyó la búsqueda de infecciones y tumores ocultos y la evaluación de la permeabilidad vascular hepática y de las funciones cardiopulmonar, renal, metabólica, hematológica, inmunológica y psiquiátrica, constatándose la inexistencia de contraindicaciones para la realización del trasplante hepático.

Por lo que se refiere a la práctica de la intervención, consta en el expediente que se llevó a cabo conforme a la *lex artis*, sin que figure dato alguno que permita suponer una actuación incorrecta por parte del personal sanitario. No cabe obviar, como se refleja en las periciales que obran en aquel, que el trasplante hepático es una cirugía de extrema complejidad técnica y morbi-mortalidad, existiendo innumerables factores intraoperatorios que pueden desencadenar el fallecimiento del paciente; riesgos que aparecen descritos en el consentimiento firmado por el paciente en tiempo y forma y figuran en la literatura médica relacionada.

En definitiva, no se acredita que el fallecimiento del marido de la reclamante pueda vincularse causalmente a una mala praxis médica, sin que quepa apreciar la concurrencia de un daño desproporcionado y no se objetiva negligencia alguna, siendo la actuación del personal sanitario conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que el fatal desenlace pueda imputarse causalmente a la asistencia sanitaria dispensada, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación que nos ocupa.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.