

Expediente Núm. 290/2006
Dictamen Núm. 3/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 1 de febrero de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 6 de noviembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, en nombre y representación de doña, como consecuencia de la, a su juicio, defectuosa asistencia médica prestada en un centro hospitalario vinculado a la red pública mediante convenio singular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de febrero de 2005, el Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) remite a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios lo que califica como “escrito de reclamación”, presentado por familiares de doña, “por la asistencia recibida en el Hospital”.

Dicho escrito, presentado por quienes dicen ser hija y nieta de la perjudicada,

resume la asistencia sanitaria prestada a ésta desde el día 21 de agosto de 2004 y concluye denunciando a determinados profesionales de los Servicios de Medicina Interna y de Traumatología, sin incluir en él ninguna solicitud de indemnización patrimonial. El escrito fue respondido por el Director Gerente del Hospital, en fecha 21 de marzo de 2005, que ofreció las explicaciones sobre la asistencia prestada que consideró oportunas. A su vez, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias lo remitió con sus antecedentes a la Unidad de Coordinación de Prestaciones del SESPA, señalando que "dado el contenido de la misma (se refiere a la reclamación), no se va a proceder a la apertura de expediente de responsabilidad patrimonial", sugiriendo que "por parte del SESPA se proceda a dar contestación a los reclamantes".

2. El día 5 de octubre de 2005, doña, que actúa en nombre y representación de doña, presenta en las dependencias de Correos y Telégrafos de una reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada en el Hospital ".....".

Relata en su escrito que "el pasado 22 de agosto de 2004, doña ingresó en el Hospital al haberse fracturado la cadera izquierda, sin desplazamiento, como consecuencia de una caída por las escaleras de su casa./ No se indicó intervención quirúrgica y fue dada de alta el 3 de septiembre de 2004, para que en tratamiento sedentario en sofá-cama en algo más de un mes, la fractura desapareciera. A pesar de que persistían los dolores y las molestias, las semanas posteriores se observó mejoría". Añade a continuación que "el 25 de septiembre de 2004 sufre nuevo ingreso, en esta ocasión afectada de `sepsis urinaria por Proteus mirabilis´. Se actúa con celeridad para atajar la infección, ignorándose por completo (...) la lesión de cadera, a pesar de las insistentes peticiones de la familia en el sentido de tener en cuenta el problema motor de la paciente, así como de continuar con el tratamiento que en su día dictó el traumatólogo". Ello, según la reclamante, repercute

negativamente en el "proceso de restablecimiento de la cadera siendo evidente sin embargo, el empeoramiento de la misma./ Cuando (la) dolencia infecciosa queda resuelta y antes de ser dada de alta por el centro hospitalario es visitada por su traumatólogo en cita concertada con antelación por éste, el cual, tras un breve reconocimiento dictamina la necesidad de intervenir quirúrgicamente pues la fractura ahora ya no es posible corregirla de otro modo. Habían transcurrido 50 días de penoso tratamiento./ Dicha intervención se efectuaría pasado un tiempo prudencial cifrado por el doctor en un mes para asegurar la recuperación completa de la sepsis sufrida y así es dispuesta la siguiente visita".

Señala la interesada que todas las actuaciones posteriores del Hospital "pusieron de relieve el nulo interés de trauma en operar a la paciente, que veía como se la abocaba hacia una dependencia total, condenándola a pasar el resto de su vida sedada e impedida. Todos los argumentos exhibidos para avalar su firme decisión se ceñían única y exclusivamente a la avanzada edad de la enferma pues no consta a la familia (que) se haya realizado ninguna otra prueba en este sentido./ Ante la negativa continua a intervenir quirúrgicamente a doña por los servicios médicos del Hospital, se solicitan segundas opiniones, todas ellas apuntando a la necesidad de realizar la intervención quirúrgica para reducir la fractura, y hacerlo lo antes posible, de cara a evitar sufrimiento a la lesionada y agravamiento de la situación física de la misma./ Dichas opiniones fueron puestas en conocimiento de los profesionales del Hospital sin que los mismos cambiasen de criterio, debiendo interesar la familia el traslado al Hospital para ser intervenida, concretamente el 17 de diciembre de 2004. Habían pasado 4 meses desde que se produjo la lesión".

Finaliza su relato informando que "el 19 de mayo de 2005, casi un año después de la producción de la lesión, y tras haber superado una lista de espera de cinco meses, doña es satisfactoriamente intervenida de su lesión de cadera en el Hospital y hoy se encuentra totalmente recuperada".

Después de exponer las consideraciones jurídicas que estima pertinentes, concluye solicitando "una indemnización de sesenta mil euros

(60.000 €) por los días invertidos desde que se produjo la lesión hasta la definitiva curación”.

Junto con el escrito de reclamación figura una copia del documento nacional de identidad y de la escritura notarial de poder especial, de fecha 9 de julio de 2005, otorgada por la perjudicada a favor de la reclamante.

3. Por escrito de 7 de octubre de 2005, sin que conste registro de salida ni su recepción por la destinataria, el Servicio instructor notifica a la interesada que en dicha fecha se ha recibido su reclamación, pero que la misma “no viene rubricada”, por lo que procede a remitírsela “para que (...) nos la devuelva debidamente firmada por la reclamante”; escrito que se reitera con otro, fechado el día 29 de diciembre de 2005, igualmente carente de registro y acreditación de su notificación. Según consta en una diligencia incorporada a la propia reclamación por una funcionaria de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, la falta de firma del escrito inicial habría sido subsanada el día 10 de enero de 2006.

Con anterioridad a tal subsanación, en fecha incierta por contradictoria pero que al ser respondido se fija en el día 14 de octubre de 2005, el Servicio instructor solicita a la Gerencia del Hospital “la historia clínica de la (perjudicada), así como un informe del Servicio responsable de la asistencia (Servicio de Traumatología)”. Por oficio de 18 de octubre de 2005, el Director Médico de dicho hospital remite un informe clínico de alta, de 3 de septiembre de 2004, correspondiente al ingreso del día 22 de agosto de ese año y al “curso clínico” del periodo comprendido entre esa fecha y el 3 de septiembre de 2004.

4. Mediante escrito de 19 de enero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección-Gerencia del Hospital que “remita copia íntegra de la historia clínica (de la perjudicada) relativa a los episodios comprendidos entre el 22 de agosto y el 17 de diciembre de 2004, así como informes sobre el caso emitidos por los Servicios intervinientes (Medicina Interna y Traumatología)”.

5. Por escrito de 23 de enero de 2006, el Director Médico del Hospital manifiesta remitir al instructor una "fotocopia del historial clínico de (la perjudicada)". Acompaña la siguiente documentación:

a) Informe clínico de alta del Servicio de Urgencias, de fecha 21 de agosto de 2004, junto con una analítica de la misma fecha.

b) Informe clínico de alta del Servicio de C. Ortopédica y Traumatología, de 3 de septiembre de 2004; hojas de "curso clínico" correspondientes al periodo 22 de agosto a 3 de septiembre de 2004 y analítica del día 1 de septiembre de 2004.

c) Informe clínico de alta del Servicio de Medicina Interna, de 15 de diciembre de 2004, correspondiente a un ingreso durante el periodo 25 de septiembre a 5 de octubre de 2004.

d) Informe clínico de alta del Servicio de Urgencias, de 29 de diciembre de 2004, y analítica de la misma fecha.

e) Hojas de "curso clínico" correspondientes al periodo 9 de noviembre a 15 de diciembre de 2004. En este documento figuran, entre otras, las siguientes anotaciones: "9/11/04. Fr. cuello fémur izda. de $\approx 2\frac{1}{2}$ meses de evolución (...). Sentada sin dolor casi todo el día (...). La familia está decidida a intervenir pero deben valorar si quieren intervenirla, lo comentarán en 3 s. (...). 29/11/04. Rx: asentamiento (ascenso) del fémur proximal./ Refiere dolores continuos; MII en rot. externa, úlcera en pie./ La paciente quiere (demanda) operarse (la familia no)./ 15/12/04. La familia desea nueva (valoración) para decidir IQ (...). La familia expresa que el desplazamiento de la fractura se (originó) por mal tratamiento de la paciente en planta durante su ingreso en M. Interna./ Han expuesto su caso en (...) H. y allí sí lo practican".

f) Informe del día 30 de noviembre de 2004, que refiere una reunión de los Servicios de Traumatología y Anestesiología, donde se señalan los riesgos de la operación, concluyendo lo siguiente: "no recomendamos la intervención quirúrgica para esta paciente".

6. Con fecha 27 de enero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado solicita del Hospital fotocopia de la "historia clínica de la paciente sólo en lo relativo a este ingreso (intervención de mayo de 2005) y las sucesivas revisiones que del mismo se hayan derivado"; documentación que es remitida el día 8 de febrero de 2006.

Entre dicha documentación figura una copia del escrito de la perjudicada y dos familiares, de 16 de diciembre de 2004, solicitando "ser trasladada al Hospital para ser intervenida". Consta, asimismo, informe de 30 de mayo de 2005, de alta en esa fecha por mejoría, en el que se indica que el día 19 de mayo se procedió a la colocación de "prótesis intermedia cementada" y que en el momento del alta la paciente "está caminando con andador", siendo su evolución favorable.

7. Con fecha 14 de febrero de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, después de detallar los antecedentes y la atención a la paciente, de 92 años de edad en el momento del hecho causante, concluye que "la perjudicada sufrió, como consecuencia de una caída en su domicilio, una fractura del cuello del fémur Gardner tipo A₁, por lo tanto no desplazada, estable y de buen pronóstico, que fue tratada de forma conservadora con reposo en régimen cama-sillón y deambulación con andador en descarga (...). Revisada por Traumatología con motivo de su ingreso en otro Servicio, por cuadro infeccioso, se recomendó seguir con el mismo régimen de tratamiento. Posteriormente se advirtió la existencia de un acortamiento del miembro inferior izquierdo, posicionado en rotación externa, con una úlcera en el pie y dolores continuados (...). De lo anterior, parece desprenderse que la inicial desestimación de la cirugía de cadera estaba justificada clínicamente por el riesgo de infección del material protésico, al haber sufrido la paciente hacía poco una sepsis de origen urinaria. La adopción por el Servicio de Traumatología con posterioridad de una actitud conservadora responde a un criterio médico, basado en una valoración conjunta con el Servicio de Anestesia, concluyendo que la patología

concomitante de la perjudicada suponía un altísimo riesgo quirúrgico, superior, en su opinión, a los potenciales beneficios que de la cirugía se podrían derivar. Este criterio es respetable, más teniendo en cuenta que los hechos se desarrollan en un centro hospitalario comarcal, sin los requerimientos necesarios para hacer frente a eventuales complicaciones de carácter grave./ Por otro lado, tan pronto la perjudicada y sus familiares mostraron su deseo de ser intervenida en un centro de tercer nivel, como el Hospital, se hicieron los trámites necesarios para hacerlo factible, con la lógica demora derivada de la lista de espera quirúrgica de este centro./ En definitiva, no se advierte que la actuación de los profesionales del SESPA o que han actuado por cuenta de este organismo, desechando la opción quirúrgica, bajo el criterio médico de que la patología concomitante que la perjudicada presentaba suponía un altísimo riesgo quirúrgico, mayor que el beneficio esperado, haya vulnerado en ningún momento la *lex artis* profesional”.

A la vista de todo ello, concluye que la reclamación carece de fundamento y debe ser desestimada.

8. El día 23 de febrero de 2006 se notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una relación de documentos obrantes en él.

Con fecha 28 de febrero de 2006 toma vista del expediente la interesada, obteniendo copia del mismo que, en ese momento, está integrado por ciento diez (110) folios numerados, según consta en diligencia extendida al efecto.

9. El día 2 de marzo de 2006 la interesada presenta en las dependencias de Correos y Telégrafos un escrito de alegaciones en el que reitera su reclamación “al no encontrarse objetivamente justificada la asistencia médica deficiente prestada a su representada (...) en el Hospital”.

10. Con fecha 7 de marzo de 2006 el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Refiere, en cuanto a los hechos, que la perjudicada "sufrió una caída casual en su domicilio el día 21 de agosto de 2004. Traslada al Servicio de Urgencias del (Hospital) y, tras ser valorada, fue ingresada en el Servicio de Traumatología con los diagnósticos de fractura de fémur tipo Garden I (...). Dada la buena evolución clínica, radiológica y analítica es dada de alta el día 3 de septiembre de 2004, recomendándose reposo pero evitando el encamamiento, descarga del miembro lesionado y revisión en un mes".

Posteriormente, continúa relatando, "el 25 de septiembre de 2004 la paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna del (Hospital), aquejada de disnea y fiebre. Fue diagnosticada de 'sepsis urinaria' y sometida a tratamiento antibiótico. Durante el ingreso, la paciente desarrolló un fracaso renal agudo y un fallo cardiaco izquierdo, que fueron resueltos de forma satisfactoria. También apareció una diabetes incipiente (...). En el transcurso de este ingreso fue valorada también por el Servicio de Traumatología, el cual recomendó continuar la sedestación y deambulación con andador de descarga. Fue dada de alta el 5 de octubre, con indicación de acudir a revisión en el plazo de un mes (...). En posteriores revisiones efectuadas por el Servicio de Traumatología, se evidenció un acortamiento y rotación externa de la extremidad inferior izquierda por ascenso del segmento proximal del fémur y úlcera en el pie. La paciente se quejaba de dolores continuos y solicitaba ser intervenida, en contra de la opinión de la familia. Valorado su caso por los Servicios de Anestesiología y Traumatología, concluyéndose que los riesgos potenciales de la cirugía (riesgo de infección, desorientación temporo-espacial con el consiguiente riesgo de luxación de la prótesis, desarrollo de una trombosis venosa, etc.), no compensaban los posibles beneficios que se podían obtener, debido a su precario estado de salud".

Asimismo, entre otros antecedentes, relata la propuesta de resolución, que "con fecha 17 de diciembre de 2004, tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias un escrito firmado por (la

perjudicada) y familiares, en el que solicitan el traslado de la paciente al Hospital para ser intervenida. La solicitud fue aceptada, quedando la paciente incluida en la lista de espera quirúrgica”, lo que condujo a que “el 19 de mayo de 2005, con el diagnóstico de pseudoartrosis de cuello femoral izquierdo, la paciente fue intervenida por el Servicio de Traumatología I del Hospital, colocándose una prótesis intermedia cementada. En el posoperatorio presentó una anemia intensa que precisó la transfusión de cuatro unidades de concentrado de hematíes. La evolución posterior fue satisfactoria, siendo dada de alta el 30 de mayo de 2005./ El 10 de agosto de 2005 acudió a revisión, encontrándose ‘muy satisfecha’, sin dolor y caminando con la ayuda de un bastón”.

A la vista de tales antecedentes de hecho y con base en los fundamentos jurídicos que considera de aplicación, razona el autor de la propuesta de resolución que “la circunstancia de que el resultado de la intervención quirúrgica realizada en el Hospital fuera satisfactorio, en nada invalida las conclusiones a las que llegaron los facultativos del Hospital, ya que cuando se habla de riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico y terapéutico, se hace en términos de probabilidad, no de certeza de ocurrencia de un daño, a lo que hay que añadir la importante diferencia de recursos técnicos entre ambos centros hospitalarios./ No se ha acreditado en el expediente la existencia de daños y perjuicios por la actuación del Hospital, ya que la paciente fue intervenida en el Hospital aportando el del toda la documentación necesaria, informando el Gerente del centro a la paciente de la Unidad competente a que debía dirigirse ésta para solicitar ser atendida por el Servicio de Traumatología I del Hospital, en su escrito de 21 de marzo de 2005”.

11. En este estado de tramitación, con fecha 28 de marzo de 2006, tiene entrada en este Consejo Consultivo del Principado de Asturias consulta preceptiva relativa al procedimiento.

12. Por escrito del Presidente de este Consejo Consultivo, de 5 de mayo de 2006, dado que en la propuesta de resolución incorporada al expediente se califica al centro hospitalario afectado como centro concertado, se solicitó “la remisión de información suficiente que permita conocer si nos encontramos ante un centro hospitalario público o privado (...). Asimismo, se interesa información acerca del ámbito, régimen y condiciones del concierto o (...) convenio singular (...), con especial referencia a la inclusión en él del servicio sanitario prestado a la paciente objeto del actual procedimiento de reclamación y al régimen de responsabilidad por daños causados con objeto de la asistencia concertada”.

13. En respuesta a la referida petición, constan incorporados al expediente que ahora examinamos un informe, de 9 de junio de 2006, de la Secretaría General del SESPA, sobre la Fundación Hospital “.....”; el Convenio singular suscrito entre la citada fundación y el SESPA en fecha 10 de mayo de 2004, y la póliza (con vigencia desde el 14/6/04 hasta el 13/3/05) de un seguro de responsabilidad civil profesional suscrito por la referida fundación.

14. El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de julio de 2006, emitió sobre el particular su Dictamen Núm. 164/2006, concluyendo que no es posible un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, debiendo retrotraerse el procedimiento a fin de que se incorporen los informes de los servicios afectados y la historia clínica relativa a la asistencia objeto de la reclamación de responsabilidad patrimonial, con apertura ulterior de nuevo trámite de audiencia.

15. Con fecha 2 de agosto de 2006, el Servicio instructor solicita a la Dirección Gerencia del Hospital la emisión de sendos informes por los Servicios implicados sobre el objeto de la reclamación (advirtiendo expresamente que no es válido el informe de alta con fecha actual). El día 8 de ese mismo mes, el Director Médico del citado hospital afirma remitir “toda la información obrante”

en el archivo clínico del centro, compuesta de los siguientes documentos: "Informe de ingreso en el Servicio de Traumatología de fecha 22/08/04 a 03/09/04./ Curso clínico completo del Servicio de Traumatología referente al anterior ingreso./ Informe de ingreso en el Servicio de Medicina Interna de fecha 25/09/04 al 05/10/04./ Informe complementario del Servicio de Traumatología".

16. El día 23 de agosto de 2006 se notifica a la interesada la apertura de un segundo trámite de audiencia y vista del expediente, por haberse incorporado nueva documentación, remitiéndole una copia de la misma.

17. Con fecha 6 de septiembre de 2006, tiene entrada en las dependencias de Correos un escrito de alegaciones afirmando que "no se desprende ningún dato que permita variar la postura inicial mantenida por esta parte (...), por lo que se reiteran y ratifican todas y cada una de nuestras alegaciones y argumentos mantenidos".

18. Con fecha 21 de septiembre de 2006, el Director Médico del Hospital remite los informes elaborados por el Jefe del Servicio de Traumatología y por una Facultativa del Servicio de Medicina Interna.

El primero de dichos informes, de 19 de septiembre de 2006, refiere que la paciente fue ingresada "el 22/08/04 procedente de Urgencias tras traumatismo de cadera con resultado de fractura de cuello de fémur izdo. no desplazada (Tipo Garden I). Se instauró el tratamiento conservador (...) y posteriormente con sedestación que la paciente toleró por lo que fue dada de alta el 03/09/04 tras control radiológico y analítico satisfactorios. En las recomendaciones al alta se incluyó analgesia, profilaxis antitrombótica durante 1 mes, evitar el encamamiento y la carga sobre la extremidad afectada y se le entregó cita para control clínico y radiológico en consultas externas de C.O.T. (...) tiene un ingreso posterior a cargo del Servicio de M. Interna entre los días 25/09/04 y 5/10/04 por un cuadro de disnea y fiebre con los diagnósticos al

alta de:/ Sepsis urinaria por *Proteus mirabilis*./ Fracaso Renal agudo multifactorial./ Fallo cardíaco izdo. Resuelto./ Debut diabético./ Fractura de cadera./ Tras control radiológico se aprecia desplazamiento secundario de la fractura lo que obliga a replantearse la actitud y valorar la posibilidad de tratamiento quirúrgico. Comentado el caso conjuntamente con el Servicio de Anestesia se decide continuar con el tratamiento conservador dado el altísimo riesgo existente en esos momentos tal como figura en el informe emitido por el Dr. (...) con fecha 30/11/04./ La familia, tras abordarme en un pasillo del hospital, solicitan que sea valorada nuevamente la paciente por mí en consultas, apelando a mi condición de Jefe de Servicio, comentando que había sido vista en el Hospital y donde veían factible la cirugía, aunque no aportaban ningún informe (...). Revisado nuevamente el historial clínico de la paciente y comentado nuevamente en sesión clínica consideramos que el riesgo es tan elevado para la vida de ésta que no recomendamos la intervención quirúrgica”.

Después de exponer una serie de consideraciones médicas sobre la fractura de cadera, concluye el informe afirmando que “se realizó el tratamiento en primera instancia de acuerdo a los protocolos del Servicio. El desplazamiento secundario de la fractura cabe dentro de lo posible y resulta imposible saber en qué momento se produjo (quizás al comenzar a apoyar la extremidad prematuramente en su domicilio en contra de las recomendaciones al alta, tal como nos señalan en su reclamación)./ La decisión de no abordar quirúrgicamente la fractura (artroplastia parcial de cadera) se tomó teniendo en cuenta los antecedentes recientes de la paciente y de una manera colegiada (que no corporativista) con el Servicio de Anestesia. La sepsis previa supone una contraindicación para la introducción de un implante, existiendo un riesgo vital importante./ Se ha facilitado, a través de la Inspección Médica, su derecho a ser tratada en otro centro a pesar de haberse perdido desde un primer momento la adecuada relación médico-paciente”.

En el segundo informe, de 21 de septiembre de 2006, suscrito por la facultativa responsable del tratamiento a la paciente durante su ingreso en el

Servicio de Medicina Interna, se indica que “ingresa en nuestro Servicio el día 25 de septiembre del 2004 en relación con una sepsis urinaria con bacteriemia por *Proteus mirabilis*. En el momento de su ingreso la situación de la paciente era de extrema gravedad presentando fracaso multiorgánico con insuficiencia renal aguda, hiperglucemia, posteriormente insuficiencia cardíaca y alteración del sensorio con desorientación. Se inició precozmente tratamiento oportuno (...) que incluía necesariamente el reposo absoluto de la paciente en cama, a pesar y a sabiendas de que esto pudiera ser perjudicial para la evolución de la fractura de cadera antigua de la paciente, puesto que en ese momento la gravedad de la paciente así lo exigía. Sin embargo, en el momento en que empezó a mejorar se inició la movilización a sillón y posteriormente fue alta hospitalaria una vez se hubieron resuelto los problemas secundarios a la infección ya mencionados. La familia reclamó (...) la necesidad de valorar una intervención quirúrgica sobre la cadera, y yo, como responsable médico de la paciente, no sólo no ignoré ese problema (...), sino que teniendo en cuenta su situación global, desestimé la cirugía en esos momentos puesto que está formalmente contraindicado, y así lo reflejan todas las guías al respecto, realizar una intervención con colocación de material protésico en el contexto de una infección activa, máxime si ésta se acompaña de bacteriemia, como era el caso, a no ser que se considere imprescindible. Esto es así no sólo por la mortalidad asociada sino porque también existe un alto riesgo de infección de material protésico con los problemas que ello supondría después. La paciente fue vista por Traumatología quienes recomendaron continuar tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio en su consulta”.

19. Con fecha 2 de octubre de 2006 se notifica a la interesada la apertura de un tercer trámite de audiencia y vista del expediente, por haberse incorporado nueva documentación, remitiéndole una copia de la misma.

20. El día 11 de octubre de 2006, se presenta, en las dependencias de Correos, un nuevo escrito de alegaciones en sentido análogo al anterior.

21. Con fecha 19 de octubre de 2006 el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reiterando, en lo fundamental, los mismos antecedentes y fundamentos jurídicos expuestos en su propuesta de 7 de marzo de 2006.

22. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de noviembre de 2006, registrado de entrada el día 9 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 de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin su original.

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, pudiendo actuar por medio de una representante con poder bastante al efecto.

Con base en los razonamientos que ya hemos dejado expuestos para este mismo procedimiento en nuestro Dictamen Núm. 164/2006, de 20 de julio, consideramos que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular del servicio sanitario público, que ha sido prestado en virtud de concierto por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda.

Por todo ello, a la vista del escrito presentado por la representante de la perjudicada, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, 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 procedimiento que examinamos la reclamación se presenta con fecha 5 de octubre de 2005, aunque no se subsanó el defecto de la falta de firma de la representante en dicho escrito hasta el día 10 de enero de 2006, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen (la negativa a realizar una intervención) en una fecha difícil de precisar, pero que podríamos fijar en el día 17 de diciembre de 2004, fecha en la que, según relata el instructor, tiene entrada en el registro del SESPA su solicitud de traslado al Hospital Por tanto, es claro que la reclamación fue presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, la fecha en que su solicitud ha sido recibida por el órgano competente, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo.

Por último, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación en las dependencias de Correos en fecha 5 de octubre de 2005 (única que hemos de considerar, dado que no consta anotación del registro de entrada de la Administración del Principado de Asturias), a la fecha de recepción de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 9 de noviembre de 2006, el plazo de resolución y notificación se ha sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, 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, ya citada, 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.- Con carácter previo a cualquier otra consideración, debemos empezar por señalar que, como ya ha tenido ocasión de enunciar 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 resultados, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que éste sea exacto- de los síntomas manifestados, y al posterior tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Por lo tanto, sin perjuicio de aquellos supuestos en los que la relación causal resulta indubitada por evidente, material y objetiva, 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 cualidades

y 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 misma 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 ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Centrándonos en el caso concreto que se somete a nuestra consideración debemos reconocer que no existe controversia sobre los aspectos sustanciales del servicio prestado, pudiendo resumirse señalando que la perjudicada, después de una primera asistencia sanitaria que juzga adecuada (admite en su reclamación que "las semanas posteriores (...) observó mejoría"), centra su reproche en la asistencia recibida como consecuencia de un segundo ingreso -en este caso en el Servicio de Medicina Interna-, donde, según la reclamante, se habría ignorado "por completo, y a sabiendas, la lesión de cadera". Este hecho es confirmado en el propio informe del Servicio referido, que, recordemos, señaló el día 21 de septiembre de 2006 que se inició "tratamiento oportuno y precoz que incluía necesariamente el reposo absoluto de la paciente en cama, a pesar (...) de que esto pudiera ser perjudicial para la evolución de la fractura de cadera antigua de la paciente", puesto que en ese momento su "gravedad (...) así lo exigía". Finalmente, existe un segundo reproche que consistiría en la posterior negativa a una intervención quirúrgica en el Hospital -Servicio de Traumatología-, habiéndose trasladado a dicha paciente al Hospital, donde fue finalmente intervenida.

A la vista de todo lo expuesto, y siguiendo la sistemática de análisis que hemos referido, hemos comenzar por analizar la posible existencia de un daño real, evaluable económicamente, individualizado y antijurídico, presupuesto básico de toda reclamación de responsabilidad patrimonial.

A ese respecto debemos manifestar que el escrito de la interesada no determina con claridad cuál es el daño que imputa a la administración sanitaria, señalando únicamente en la súplica de su reclamación inicial que la indemnización de sesenta mil (60.000) euros que pretende, tendría su justificación en “los días invertidos desde que se produjo la lesión hasta la definitiva curación”; lesión de cadera que, según señala la reclamante, habría sufrido una evolución negativa durante su estancia en el Servicio de Medicina Interna, al haberse negado sus responsables a “continuar con el tratamiento que en su día dictó el traumatólogo”. Finalmente, en íntima relación con lo anterior, podríamos considerar que implícitamente se invoca la existencia de un daño moral, por el sufrimiento que la negativa del Hospital a practicar la intervención quirúrgica demandada habría supuesto a la paciente, hasta que se produjo la “definitiva curación” de la misma tras la intervención realizada en el Hospital

Frente a ello, la Administración sostiene que no se ha acreditado en el expediente la existencia de daños y perjuicios por la actuación del Hospital, ya que la paciente fue intervenida finalmente en la sanidad pública.

Analizando la primera de las dos cuestiones planteadas, ya hemos señalado que la propia responsable del Servicio de Medicina Interna reconoce que el tratamiento dispensado como consecuencia del segundo ingreso, que incluía el “reposo absoluto de la paciente en cama”, pudo “ser perjudicial para la evolución de la fractura de cadera antigua (que padecía)”, pero tal medida resultaba, a juicio de ese Servicio, necesaria, dada la “extrema gravedad” de la paciente, que presentaba “fracaso multiorgánico con insuficiencia renal aguda, hiperglucemia, posteriormente insuficiencia cardiaca y alteración del sensorio con desorientación”. A ello hemos de unir que en el informe del Servicio de Traumatología se indica que “resulta imposible saber en qué momento se produjo” el desplazamiento de la fractura, planteando que incluso se podría haber ocasionado “al comenzar a apoyar la extremidad prematuramente en su domicilio”. En cualquier caso hemos de señalar que la reclamante, pese a que conoció la existencia de estos informes, no presentó alegación alguna frente a

ellos, limitándose a efectuar una genérica reiteración de sus manifestaciones iniciales. Pero el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital, sobre la base de los mismos hechos alegados por la reclamante, suscita una nueva cuestión de profunda trascendencia para la resolución del caso que nos ocupa, ya que, aun cuando se aceptara la existencia de nexo causal entre el servicio sanitario y el empeoramiento de la fractura de cadera (de cuello del fémur), nos aboca a considerar la posible existencia de un daño que no alcanzaría la nota de antijuridicidad y, en consecuencia, no generaría responsabilidad por parte de la Administración.

La mera existencia de secuelas motivadas por un tratamiento no constituye dato suficiente para atribuir responsabilidad a los servicios sanitarios, pues no debe olvidarse que, dentro de los daños en los que la atención médica es el factor determinante, hay que distinguir aquellos que son intrínsecos al tratamiento, y que por ello se producen de modo necesario y justificado, y aquellos otros que se originan bien porque el prestado no fue el adecuado o porque cualquier otra circunstancia lo desnaturaliza. Sólo resultarían indemnizables estos últimos, puesto que los primeros, irrogados de forma necesaria en el correcto tratamiento de la enfermedad, no resultan antijurídicos y habrían de ser soportados por la paciente.

En este orden de cosas, debemos reiterar que la interesada no presenta prueba alguna que pueda desvirtuar lo indicado por el referido Servicio de Medicina Interna, en el sentido de que el reposo absoluto al que fue sometida resultaba necesario, dada la "extrema gravedad" del cuadro patológico que padecía. Junto con lo anterior, hemos de considerar igualmente que la inmovilización de la paciente se produjo durante un breve lapso temporal, puesto que ingresó en tal Servicio entre los días 25 de septiembre y 5 de octubre de 2005, e incluso antes del alta, como reconoce la propia reclamante, fue valorada por responsables del Servicio de Traumatología. Así las cosas, aun dando por innegables las alegaciones de la reclamación sobre el agravamiento de la lesión durante ese periodo de estancia hospitalaria (lo que no resulta plenamente acreditado, como hemos visto), lo cierto es que le correspondería

probar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica en la prescripción de dicho tratamiento y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El informe que relata la extrema gravedad del estado de la paciente y la necesidad de su inmovilización no ha sido contrarrestado en modo alguno por la reclamante, lo que nos ha de conducir, necesariamente, a señalar que ese daño alegado, no habiéndose probado infracción alguna de la *lex artis*, sería una consecuencia del tratamiento pautado y, por ende, no resultaría antijurídico. Ninguna responsabilidad patrimonial puede imputarse a la Administración sanitaria en ese supuesto.

Como hemos visto, la reclamante también parece imputar a la Administración una negativa a efectuar una intervención quirúrgica para la implantación de una prótesis de cadera. A este respecto, teniendo en cuenta que la intervención finalmente sí se realizó, aunque en otro centro sanitario, más que una negativa hemos de analizar la existencia de un posible "retraso" en la aplicación de la medida terapéutica apropiada, que, en su caso, habría ocasionado un daño moral, *pretium doloris*, puesto que ninguna secuela física originada por tal supuesto retraso aparece tan siquiera mencionada.

Examinado el expediente en su conjunto, se deduce con claridad que los facultativos responsables del Hospital no eran partidarios de la intervención de la paciente, habiendo pautado en todo momento un tratamiento conservador. Sin embargo, otros especialistas del Hospital sí consideraron factible la intervención, que finalmente se desarrolló con resultado satisfactorio.

Para el análisis de esta segunda cuestión resulta pertinente resumir los hitos temporales fundamentales que constan acreditados en el expediente: la paciente permanece en el Servicio de Medicina Interna entre los días 25 de septiembre y 5 de octubre de 2005 y, según el informe de alta de dicho Servicio, debió seguir en su domicilio a tratamiento de la infección durante cuatro días, pautándole una revisión en Traumatología en el plazo de un mes. Durante ese ingreso, señala la reclamante, "antes de ser dada de alta por el centro hospitalario es visitada por su traumatólogo en cita concertada con

antelación". Posteriormente es valorada el día 9 de noviembre de 2004 (según consta en el documento de curso clínico incorporado como folio 232 del expediente), indicándose en el mismo que los familiares de la paciente comentarán en tres semanas si "quieren intervenirla" y fijándose un nuevo control radiológico para esas mismas fechas. La siguiente nota en el curso clínico corresponde al día 29 de noviembre y en ella se indica, textualmente, "la paciente quiere (demanda) operarse (la familia no)". Según escrito fechado el día 30 de ese mismo mes, "reunidos en sesión los servicios de Traumatología y Anestesiología", informan a la interesada que no recomiendan la intervención quirúrgica. A continuación, parece que a instancia de algunos familiares, el caso es valorado nuevamente por el Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital que, el día 15 de diciembre de 2004, sigue considerando adecuada una actitud conservadora, definiendo la posible cirugía como de "altísimo riesgo". A la vista de todo ello, el día 17 de ese mismo mes, la interesada, junto con dos familiares, presenta un escrito solicitando su traslado al Hospital, "para ser intervenida". Valorada en consultas de Traumatología de este último hospital el día 17 de febrero de 2005, se informa por el facultativo correspondiente que no aprecia "contraindicaciones para poder realizar la cirugía, tanto en el S. de como aquí"; cirugía que se efectúa finalmente el día 19 de mayo de 2005, "tras haber superado una lista de espera de cinco meses" -señala la reclamante-, con resultado satisfactorio, siendo dada de alta el día 30 de ese mismo mes.

A tenor de la secuencia temporal expuesta, es evidente, como antes decíamos, que los facultativos del Hospital no eran partidarios de la intervención quirúrgica, pero no resulta acreditado en qué momento opta la perjudicada por dicha intervención, puesto que las notas de curso clínico reflejan la existencia de dudas y contradicciones entre la paciente y su familia respecto al tratamiento a seguir entre el 9 de noviembre y el 15 de diciembre de 2004; fecha en la que definitivamente queda establecida la discrepancia, optando la perjudicada por solicitar el traslado al Hospital el día 17 de ese mismo mes. Para valorar ese posible retraso resulta igualmente necesario fijar la fecha a partir de la cual era posible practicar esa intervención quirúrgica,

puesto que el informe médico aportado al expediente por el Servicio de Medicina Interna señala que está “formalmente contraindicado (...) realizar una intervención con colocación de material protésico en el contexto de una infección activa, máxime si ésta se acompaña de bacteriemia, como era el caso”, y, según el relato de la propia reclamante, esa recuperación completa de la sepsis sufrida, para poder acometer la intervención, se cifró por los responsables de Traumatología en el plazo de un mes. De todo ello y a falta de otros datos en sentido contrario, que debió facilitar la reclamante, hemos de deducir que hasta pasado un mes desde el alta en el Servicio de Medicina Interna no resultaría aconsejable la intervención quirúrgica, lo que nos vuelve a situar en el horizonte temporal de principios del mes de noviembre de 2004, donde ya hemos señalado la existencia de contradicciones y la ausencia de una decisión clara al respecto del tratamiento a seguir; decisión que no queda acreditada hasta la nota de curso clínico correspondiente al día 15 de diciembre de 2004.

Se podría argumentar que las dudas con relación al tratamiento a seguir por parte de la familia de la paciente tendrían su origen precisamente en la actitud de los diferentes servicios del Hospital, contrarios a la intervención (según hemos visto coinciden las posturas de Traumatología, Anestesiología y Medicina Interna), y, aunque fácilmente pueda presumirse que así haya sido, ningún reproche cabe hacer a tal posición, que responde simplemente a un criterio técnico -contrario a otros, pero perfectamente lícito en un campo como el de la medicina- y que, según los datos de los que disponemos, en modo alguno podría calificarse de caprichoso o carente de fundamento.

En definitiva, si la reclamante se muestra de acuerdo con el primero de los tratamientos dispensados (señala textualmente en su reclamación que en las “semanas posteriores se observó mejoría”), si durante el proceso infeccioso que padeció resulta evidente que no cabía realizar operación quirúrgica alguna y si el día 17 de diciembre de 2004 solicita el traslado al Hospital, el único posible retraso en la aplicación del tratamiento sería el que se habría producido entre el día 9 de noviembre y el día 15 de diciembre de 2004; periodo de

tiempo en el que las anotaciones de curso clínico vienen a reflejar las dudas y contradicciones entre los deseos de la paciente y su familia, a la vista de la oposición a la intervención de los diferentes especialistas del Hospital No puede añadirse a dicho cálculo el periodo correspondiente a la lista de espera quirúrgica en el Hospital, puesto que nada nos permite pensar (y la reclamante ni siquiera lo menciona) que la lista de espera del hospital de origen hubiera sido menor, al margen de que, como queda señalado en el expediente, el día 15 de diciembre de 2004 se rompe por completo la necesaria relación de confianza con el médico, lo que venía a imposibilitar, de hecho, la realización de la intervención en el Hospital

En suma, lo que cabe deducir del expediente en su conjunto es que durante un periodo de un mes y una semana se produce una discrepancia sobre la opción terapéutica a seguir entre la interesada y los médicos responsables de su atención en el Hospital, por lo que finalmente opta aquélla por trasladarse a otro centro sanitario, también perteneciente a la red pública, donde le fue practicada la intervención quirúrgica que demandaba. A juicio de este Consejo, tan exiguo plazo temporal, durante el cual -es obvio señalarlo- la interesada siguió siendo atendida por la Administración sanitaria, si bien es cierto que bajo unas pautas conservadoras, contrarias a la intervención quirúrgica que ella demandaba, no justifica en modo alguno la indemnización que pretende ni su cuantía.

Hacer responsable a la Administración simplemente porque profesionales a su servicio, de manera razonada, no prescriben un tratamiento que posteriormente se efectúa con resultado satisfactorio en otro centro público es tanto como exigir de aquélla una medicina de resultados, cuando lo que cabe demandarle es una actuación conforme a la *lex artis ad hoc*.

Por todo ello, entiende este Consejo que no se ha probado por la reclamante que, en la asistencia sanitaria que cuestiona, se hubiera producido violación alguna de la *lex artis* profesional en el Servicio de Medicina Interna, puesto que las medidas terapéuticas adoptadas en el mismo y que supusieron la inmovilización de la paciente resultaban necesarias, a tenor de los informes

técnicos obrantes en el expediente, sin que se haya aportado dato alguno que nos permita su cuestionamiento. Tampoco se ha probado la relación de causalidad entre tales medidas y el desplazamiento de la fractura, ya que el informe del Servicio de Traumatología señala que tal desplazamiento pudo incluso producirse durante su estancia en el domicilio, antes del ingreso, y, finalmente, por lo que respecta a la negativa a la realización de la intervención quirúrgica, entiende este Consejo que no supuso denegación alguna de asistencia, ni retraso en la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias, sino la expresión de una discrepancia técnica perfectamente justificable en este campo, habiendo ejercitado la paciente su derecho a ser examinada y tratada por otros especialistas, sin que conste acreditado que la actitud conservadora adoptada por el Hospital le hubiese ocasionado daño o secuela alguna.

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 doña, en nombre y representación de doña"

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.