

Expediente Núm. 131/2007  
Dictamen Núm. 24/2008

**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:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de marzo de 2008, 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 4 de junio de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por doña ....., como consecuencia de los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un centro sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de octubre de 2006, la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital .....

Inicia su escrito diciendo que “sufrió el pasado año una fractura pertrocantérea de la cadera izquierda” y que, remitida por su centro de salud al

Hospital ....., fue intervenida quirúrgicamente el día 10 de noviembre de 2005 para “la colocación de un tornillo como material de osteosíntesis”.

Considera la interesada que esa operación “tuvo un resultado nefasto” y que “ha conducido a que el estado físico de la actora se encuentre mucho más deteriorado del que presentaba inicialmente, dada la imposibilidad de deambulaci3n y bipedestaci3n con su pierna”.

Afirma que, en la documentaci3n que aporta, existen comentarios m3dicos manuscritos en los que se indica que “se programa para retirar tornillo proximal”, y entiende que “ello supone un reconocimiento t3cito de la negligencia reclamada, dado que si la operaci3n quirúrgica hubiere sido realizada de forma diligente y correcta, no hubiere sido necesario el acudir a otra segunda operaci3n para retirar el material de osteosíntesis que fue mal colocado al dejarse m3s largo de lo que era necesario”.

Relata que la operaci3n programada “con fines reparadores no pudo ser llevada a cabo, ante unos problemas cardiol3gicos presentados por la reclamante que hacían un gravísimo riesgo para su vida”.

Califica a la intervenci3n efectuada de “innecesaria”, realizada “sin ning3n tipo de diligencia, colocando un material de osteosíntesis de forma defectuosa y que ha dado lugar a la repercusi3n f3sica invalidante en la reclamante”, y “negligente, pues (el m3dico) debía guardar unas mínimas medidas de diligencia para cerciorarse del buen resultado de la operaci3n”.

Propone como prueba documental “la aportada junto con el presente escrito, sin perjuicio de la que, obtenida con posterioridad y de influencia en la reclamaci3n, se pudiera aportar en el trámite oportuno” y solicita que se le indemnice en “la cantidad de 7.7639.12 (*sic*) €”.

Adjunta al escrito de reclamaci3n una copia, entre otros, de los siguientes documentos:

a) Informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital ....., fechado el 28 de noviembre de 2005, en el que consta que la paciente, diagnosticada de fractura pertrocant3rea de cadera izquierda, tras sufrir caída

casual, es intervenida quirúrgicamente el día 10 de noviembre de 2005, recibiendo el alta ambulatoria “dada la buena evolución clínica”. En el informe figuran dos notas manuscritas, de fechas 19 de diciembre de 2005 y 16 de enero de 2006. En la primera de ellas se lee “Rx: varización de la fractura./ Rev. en 1 mes con Rx (valorar retirar tornillo proximal), y en la segunda “molestias inguinales./ Se programa para retirar tornillo proximal”.

b) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital ....., de fecha 23 de febrero de 2006, en el que se refleja que la paciente “acude para intervención quirúrgica programada” y que “por indicación del Servicio de Cardiología y Anestesia, y de acuerdo con la familia, se decide suspensión quirúrgica debido al elevado riesgo cardiológico”.

**2.** Con fecha 17 de octubre de 2006, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante Servicio de Inspección Sanitaria) la reclamación presentada.

**3.** Mediante escrito notificado el día 30 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio. En cuanto al plazo en que, si no hubiera recaído resolución expresa, podrá entender desestimada su solicitud de indemnización, le indica que “transcurridos seis meses, a contar desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación, o el plazo que resulte de añadirles un periodo extraordinario de prueba, sin que haya recaído resolución expresa, podrá entenderse desestimada su solicitud de indemnización”.

**4.** Mediante escrito de fecha 25 de octubre de 2006, el instructor designado al efecto solicita a la Dirección Médica del Hospital ..... la remisión de la historia clínica de la paciente, “exclusivamente en lo referido al episodio iniciado en

noviembre de 2005, derivado de una fractura pertrocantérea de cadera izquierda”, y el informe del Servicio de Traumatología.

5. Con fecha 22 de noviembre de 2006, el Director Médico del Hospital ..... remite al instructor copia de la historia clínica de la interesada.

6. Mediante escrito de 4 de enero de 2007, el instructor dirige un escrito al Director Médico del Hospital ..... solicitando la remisión de los siguientes documentos no enviados junto con la historia clínica: consentimiento informado, parte de quirófano y de enfermería de quirófano, hojas de preanestesia y anestesia, e informe del Servicio de Traumatología.

7. Con fecha 30 de enero de 2007, el Director Médico del Hospital ..... remite al instructor la documentación solicitada.

En el informe del Servicio de Traumatología, de 12 de enero de 2007, se justifica que el mismo “no ha sido realizado hasta la fecha al encontrarnos a la espera de recibir las radiografías de dicha paciente, que no obran en nuestro poder desde primeros de julio de 2006, al haber sido reclamadas a través del Servicio de Atención al Paciente (...) sin haber sido devueltas”.

Niega el autor del informe que la intervención quirúrgica de la fractura pertrocantérea pueda considerarse innecesaria. Sostiene que el “tratamiento conservador” de la lesión “implicaría mantener a la paciente un largo periodo encamada con un riesgo muchísimo mayor de complicaciones”, y relaciona éstas, tanto las de tipo general como las específicas de la dolencia tratada.

Manifiesta, por otro lado, que la intervención “fue realizada con diligencia, puesto que como se puede comprobar en el control radiográfico posoperatorio (que no consta en nuestro poder por tenerlo todavía la paciente (...), aunque sí disponemos del control de escopia intraoperatoria de quirófano), los tornillos se encuentran en buena posición dentro del cuello y región cefálica de la cadera. Debido a la mala calidad ósea y a la inestabilidad de la fractura se

produce una pérdida de la reducción de la fractura -varización- (es decir, un desplazamiento de la misma sobre el material de osteosíntesis), con la consiguiente migración del tornillo cefálico superior de la placa (complicación posoperatoria descrita en dicha patología y que llega a tasas del 8% en diversas series de revisión)./ Debido a que dicho tornillo podía producir dolor y dificultad (para) la marcha de la paciente como así ocurre, se programa para su retirada (lo cual se explica (a) la familia), pero a indicación del Servicio de Cardiología el día 15-2-06 se recomienda la no intervención quirúrgica si no es de riesgo vital./ Comentado con el Servicio de Anestesia se habla con la familia en dos ocasiones, febrero y abril (...), y de acuerdo entre todas las partes se decide no realizar dicha intervención quirúrgica ante el riesgo vital de la misma”.

Por último, se indica que “la situación de dicha paciente” en este “momento lleva a realizar una vida cama-sillón-silla de ruedas y deambulación según tolerancia con ayuda de muletas”.

**8.** Con fecha 6 de febrero de 2007, el inspector designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que analiza la actuación de la Administración sanitaria.

El razonamiento que se hace en este informe coincide con el que consta en el informe del Servicio de Traumatología afectado. Se estima que la intervención quirúrgica “estaba indicada y fue realizada de forma correcta, con una buena posición de los tornillos dentro del cuello y la región cefálica del fémur izquierdo como, según el facultativo implicado, evidenció el control de escopia efectuado”. Además, se considera que “la programación para la extracción del tornillo migrado no significa, como pretende la reclamante, un reconocimiento tácito de una atención sanitaria negligente. Responde, más bien, al deseo del facultativo actuante de resolver la sintomatología derivada de la aparición de una complicación posquirúrgica, cuya presentación puede tener lugar por factores del propio enfermo, ajenos al procedimiento quirúrgico

efectuado". Se concluye que "la situación de incapacidad actual de la paciente no trae causa en el tratamiento efectuado, que fue correcto y estaba indicado, sino que se deriva de la aparición de una de las complicaciones posoperatorias de la cirugía empleada, que está abundantemente descrita y documentada en la literatura científica y cuya ocurrencia es posible en supuestos de una cirugía irreprochable desde el punto de vista técnico". Propone finalmente el autor del informe desestimar la reclamación presentada, al entender que "la actuación de cuantos profesionales han participado en la atención de la reclamante ha resultado correcta".

**9.** Con fecha 6 de febrero de 2007, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y del expediente a la correduría de seguros.

**10.** El día 4 de marzo de 2007, se emite informe por una asesoría privada, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Traumatología, constanding en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de la compañía aseguradora.

Se recoge en el mismo que, en relación con fracturas como la que presenta la perjudicada, "hay dos posibilidades de tratamiento: no quirúrgico o conservador que provoca un deterioro del estado general y mental en el 60% de los pacientes, decúbitos y deformidades de los miembros 50% y mortalidad al año de hasta 62%, por lo que podemos decir que éste es un tratamiento prácticamente en desuso, excepto en casos que no permiten otra acción terapéutica./ El tratamiento quirúrgico pretende estabilizar la fractura mediante dispositivos intramedulares, placas, fijadores internos, etc."

En cuanto a los riesgos del tratamiento quirúrgico, se señala que "el fracaso de los implantes en las fracturas osteoporóticas es consecuencia del fallo óseo, más que de la ruptura del material de osteosíntesis, ya que está diseñado para su uso en un hueso sano". Se añade que "en la fijación de los

implantes al esqueleto, si el tornillo se afloja porque el hueso tiene mala calidad, la placa tiende a desplazarse y fracasa la osteosíntesis”.

En cuanto a las causas de la varización, manifiestan los especialistas que “radican en la poca resistencia ósea por causa de la osteoporosis. Está demostrado que los tornillos con sus grandes `roscas´ actúan como cuchillas ejerciendo una función de efecto de corte, que pueden provocar la salida del tornillo por el foco y más allá, aunque en un principio haya estado idóneamente anclado./ Es muy importante la colaboración del enfermo para el resultado funcional, y la paciente (...) presenta alteraciones cognitivas lo suficientemente graves y evolucionadas y con transcripción orgánica (lo demuestra el TAC), como para obtener un buen resultado funcional”.

Concluye el informe afirmando que “la intervención practicada en el (.....) fue necesaria, correcta y adecuada” y que “la clasificación de ASA IV para la segunda cirugía determina una desproporción del riesgo/beneficio a favor del primero por lo que es adecuado el posponer la cirugía”.

**11.** Mediante escrito notificado a la interesada el día 9 de abril de 2007, se le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días.

**12.** Con fecha 9 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria comunica a la compañía aseguradora que, notificado el trámite de audiencia, “ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido”.

**13.** El día 18 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada. Funda su razonamiento en los informes técnicos que obran en el expediente y concluye que “la actuación de los facultativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias que han intervenido en la asistencia a la reclamante, al utilizar los

medios diagnósticos y terapéuticos que la situación clínica y las circunstancias de la paciente aconsejaban en cada momento de su proceso asistencial, fue correcta y conforme a la *lex artis*".

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de junio de 2007, registrado de entrada el día 6 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, cuyo original adjunta.

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.

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



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

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de 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 ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 16 de octubre de 2006, habiéndose determinado definitivamente el alcance de las secuelas en el momento en que se decidió suspender la intervención quirúrgica programada para la retirada del tornillo proximal -el día 23 de febrero de 2006-, por lo que es claro que lo fue 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 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 de Responsabilidad Patrimonial, 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, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

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

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante a los efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la referida comunicación, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Asimismo, se aprecia 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. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 16 de octubre de 2006 (sin que conste en legal forma su recepción en el de la Consejería instructora), se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 6 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución del procedimiento, 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.-** En el asunto que se somete a nuestra consideración, se exige la responsabilidad patrimonial de la Administración al imputar al servicio público sanitario la realización de una intervención quirúrgica innecesaria y mal practicada, con resultado de diversos daños para la paciente.

Con respecto a la efectividad del daño físico alegado, esto es, la incapacidad de la perjudicada para su movilidad autónoma, queda acreditado, mediante el informe del Servicio de Traumatología del Hospital ....., de 12 de enero de 2007, que el estado de la interesada le lleva a “realizar una vida cama-sillón-silla de ruedas”, y que sólo puede caminar “según tolerancia con ayuda de muletas”.

Ahora bien, la existencia de un daño no genera *per se* responsabilidad de la Administración, pues es preciso que exista una relación de causalidad entre ese daño y el servicio público implicado.

Debemos empezar por indicar que, 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 obtención de resultados concretos.

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

Afirma la reclamante que las secuelas que padece son consecuencia directa del negligente proceder en la práctica de una intervención para la reducción quirúrgica de una fractura de cadera, que identifica con la colocación “defectuosa” del material de osteosíntesis, y pretende que la indicación de una segunda intervención para su retirada constituye un reconocimiento implícito de dicha negligencia. Alega también que la operación resultaba “innecesaria” y, asimismo, reprocha al servicio sanitario una conducta indolente en el seguimiento posquirúrgico de la lesión.

Frente a las imputaciones de parte, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en señalar que la intervención quirúrgica estaba indicada y era necesaria, pues la opción por la alternativa conservadora -no intervenir- suponía para la paciente un riesgo mucho mayor de complicaciones, tanto generales, incluso con compromiso vital, como locales, en relación con la fractura.

Por otro lado, la intervención quirúrgica, según indican los informes técnicos, fue realizada de forma correcta, evidenciando el control de escopia

intraoperatoria de quirófano una "buena posición (de los tornillos) dentro del cuello y región cefálica de la cadera". La pérdida de la reducción de la fractura y consiguiente migración del tornillo cefálico superior de la placa se manifestó con posterioridad, concretamente en el estudio radiográfico realizado en la primera revisión tras la cirugía, como consta en la historia clínica.

Considerando la edad de la perjudicada -84 años- y su historial médico, los distintos informes identifican como desencadenante del fracaso de la osteosíntesis la poca resistencia del hueso, debida a la osteoporosis, y significan que la calidad ósea influye decisivamente en el éxito de esta clase de intervenciones, que puede frustrarse, aun cuando la técnica empleada haya sido irreprochable. Además, como se recoge en el dictamen elaborado a instancias de la compañía aseguradora, la colaboración del paciente tiene gran relevancia para la consecución de una óptima funcionalidad de la extremidad intervenida, y en este caso la interesada, según el mismo dictamen, "presenta alteraciones cognitivas lo suficientemente graves y evolucionadas y con transcripción orgánica (lo demuestra el TAC), como para obtener un buen resultado funcional".

La sugerencia de una segunda operación para la extracción del material desplazado no debe interpretarse como implícita asunción de una conducta negligente en la práctica de la intervención primaria, sino como medida dirigida a aliviar el malestar que sufría la perjudicada, por causa de la complicación posquirúrgica, atribuible a su osteoporosis. La posibilidad de llevarla a cabo surge desde el momento en que la paciente refiere molestias inguinales y la determinación de no realizar esa segunda operación queda justificada por el riesgo que suponía para ella, dada su enfermedad cardiológica, constando en el expediente que la decisión se adopta de acuerdo con los anestesiistas y con la familia.

En definitiva, todos los informes emitidos subrayan, sin que tales extremos hayan sido desvirtuados por actividad probatoria de parte, que la actuación prestada por el sistema sanitario público en ningún momento fue

negligente, sino ajustada a la *lex artis ad hoc*, por lo que no ha resultado acreditada la relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público, imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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 .....

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.