

Expediente Núm. 87/2011
Dictamen Núm. 347/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 24 de noviembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de marzo de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 7 de junio de 2010, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al resarcimiento de daños derivados de la falta de detección de una fractura femoral durante su estancia en un centro hospitalario de la red pública autonómica.

Relata que ingresó “el 31 de enero de 2008 en el Hospital “X” aquejado de un traumatismo craneoencefálico tras darse un fuerte golpe contra una

piedra al caerse al suelo cuando salía del coche en que realizaba sus labores como guarda forestal”.

Refiere que tras su paso por quirófano sufrió “varios procesos infecciosos producidos por bacterias hospitalarias” siendo trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos; posteriormente, se le ingresa en planta y finalmente en el Servicio de Rehabilitación de Neurocirugía hasta que recibe el alta el día 20 de junio de 2008. Añade que “ante la falta de mejoría, pese a seguir todas las recomendaciones indicadas”, solicitó consulta con el Servicio de Traumatología del Hospital “Y”, donde “le detectan una fractura supracondilea de fémur izquierdo con evidencia de signos de consolidación y con acortamiento”.

Sostiene que cuando ingresó en el hospital inconsciente y accidentado “se le hizo un examen incompleto en el que no se detectó la fractura de fémur que en este momento ya resulta imposible de tratar, por haberse soldado incorrectamente el hueso, lo que por sí solo produce una importante secuela consistente en un acortamiento de una de las piernas en 4,7 cm”.

Solicita una indemnización para reparar los daños causados que cuantifica, “de forma provisional y a reserva de su actualización en función del resultado de las pruebas que se practiquen a lo largo del procedimiento”, en sesenta mil euros (60.000€).

2. Con fecha 6 de julio de 2010, el Jefe del Servicio instructor solicita a la Gerencia del Hospital “X” y del Hospital “Y”, una copia de la historia clínica del perjudicado y los informes de los Servicios implicados.

3. El día 7 de julio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios (en adelante Servicio instructor) notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 13 de julio de 2010, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica, que se compone, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe clínico asistencial del SAMU, del día 30 de enero de 2008 a las 23:54 horas, en el que figura que el accidentado está "consciente, semiincorporado, moviliza extremidades dchas., no izdas.", se "dio golpe contra una piedra (...), herida en zona parieto-temporal dcha. con pérdida de sustancia ósea. Hemiplejia izda., no sensibilidad en hemicuerpo izdo., plantar izdo. indiferente"; se deriva al paciente al Hospital "X" figurando como hora de llegada las 00:35 del día 31 de enero. b) Informe del Servicio de Urgencias de fecha 31 de enero de 2008 con la anotación de "a la llegada a Urgencias consciente, pérdida masa encefálica por zona parietal derecha (...) hemiplejia izda." c) Informe del Servicio de Radiodiagnóstico I, de igual fecha que el anterior, en el que se recogen los resultados de las pruebas urgentes realizadas en cráneo y columna cervical, anotando en este último apartado que "no se observan líneas de fractura ni desplazamiento de los cuerpos vertebrales". d) Informe del Servicio de Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) en el que la Médico Responsable del Servicio realiza una pormenorizada descripción de los episodios febriles e infecciosos sufridos por el enfermo, así como las pruebas y las técnicas médico quirúrgicas a las que fue sometido desde su ingreso el día 31 de enero de 2008, procedente de quirófano, hasta el alta el día 13 de marzo de 2008 por traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios. e) Informe de la UVI-Intermedios por ingreso del paciente el día 13 de marzo y alta a planta el 17 del mismo mes; se anota que el paciente "durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios ha permanecido estable". f) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación por ingreso el día 28 de marzo y alta el 20 de junio de 2008, en el que se registra que el enfermo "no presentó incidencia clínicas (...), realiza deambulacion con ayuda y/o supervisión de una persona (...), se le prescribió una férula antiequino (...), será citado por el Servicio de Neurocirugía para la realización de craneoplastia".

5. Con fecha 27 de julio de 2010, el Gerente del Hospital "Y" remite al Servicio instructor copia de la historia clínica acompañada del informe emitido por el Servicio de Traumatología.

En la historia se documenta, en hoja de consulta, que el día 27 de enero de 2010 se detectó la "fractura supracondilea de fémur".

En el informe de Traumatología, de fecha 27 de enero de 2010, el Jefe del Servicio, tras realizar un resumen de los antecedentes del paciente, hace constar que este "solicita consulta a nuestro servicio para valoración de dificultad para la marcha aportando Rx donde se aprecia una fractura supracondilea de fémur izquierdo (...), se objetiva a la exploración una disimetría por acortamiento de la EII (...). No se conocen antecedentes traumáticos previos ni existencia de disimetría previa al episodio evaluado por lo que se deduce que dichas fracturas se producen en el mismo traumatismo que origina las lesiones cerebrales (...), se decide actitud conservadora, recomendándose utilización de alza en zapato izquierdo de 5 cm y citándosele para revisiones periódicas".

6. El día 30 de julio de 2010, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio instructor los informes elaborados por los Servicios de Neurocirugía, Rehabilitación y Urgencias.

En el emitido por el Servicio de Neurocirugía, con fecha 28 de julio de 2010, el médico firmante indica en relación con el acortamiento del fémur que "posiblemente la única justificación es la gravedad de la situación al ingreso, que condicionó la asistencia extremadamente urgente y limitada a la lesión craneocerebral".

El resto de los informes se corresponden con los que integran la historia clínica, si bien se adjunta uno del médico responsable de rehabilitación, fechado el 17 de febrero de 2008 y no incluido en el anterior traslado del curso clínico, en el cual se detalla que el paciente "presenta una hemiplejía izquierda hipotónica con incapacidad para la bipedestación, precisando la utilización de silla de ruedas para desplazarse".

7. Con fecha 19 de julio de 2010 emite informe el Coordinador de Urgencias del Hospital "X" en el que afirma que el accidentado, al llegar a urgencias, "precisó intubación orotraqueal, con comprobación radiográfica posterior de correcta colocación y ventilación mecánica con inestabilidad hemodinámica que requirió sueroterapia y transfusión sanguínea (...) ante la inestabilidad hemodinámica, el cuadro clínico y la gravedad se decide conjuntamente con Neurocirugía intervención quirúrgica urgente siendo trasladado al quirófano y pasando posteriormente a la UVI".

8. Con fecha 15 de septiembre de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que en las actuaciones médicas y actos que se realizaron "pasó desapercibida la fractura de fémur izquierdo" que presentaba el enfermo, "siendo evidente que se priorizó y fue primer objetivo a lo largo de todo el proceso asistencial el tratar de salvar la vida al paciente, dada la severidad del proceso sufrido./ Se constata la existencia de un daño, pero no imputable al hacer médico, sino a las graves circunstancias ocurridas en esta asistencia, con necesidad de priorizar actuaciones y dificultad de ampliar exploraciones dada la precariedad del estado general del enfermo".

9. Con fecha 28 de septiembre de 2010, se remite copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

10. Con fecha 30 de noviembre de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Neurocirugía. En él concluyen que "todas las actuaciones tanto diagnósticas, médicas y quirúrgicas llevadas a cabo en este paciente han sido totalmente correctas (...), fue tratado de un trauma craneal muy grave que requirió un periodo prolongado inconsciente en la UCI, sin signos externos de fractura en

ningún miembro o de politraumatismo (...), tras la recuperación de su traumatismo craneal (...) presentaba una hemiplejía izquierda sin síntomas de dolor, ni signos de impotencia funcional que permitieran alertar de la fractura”.

11. Mediante escrito notificado al reclamante el día 19 de enero de 2011, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 20 del mismo mes el interesado se presenta en las dependencias administrativas y obtiene una copia del mismo, compuesto por trescientos veintinueve (329) folios numerados, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto. Nombra representante mediante comparecencia personal. No consta que haya efectuado alegaciones.

12. Con fecha 7 de marzo de 2011, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los expuestos en los informes emitidos.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de marzo de 2011, registrado de entrada el día 4 de abril, 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 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 de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo

18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

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

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 7 de junio de 2010, no habiéndose detectado hasta el día 27 de enero de ese mismo año la fractura femoral, por lo que es claro que se interpone 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 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 la comunicación dirigida a la reclamante, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42 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 indica el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, “desde la fecha de entrada de la reclamación” (entrada que previamente se referencia como la de presentación del escrito por el particular “en el Principado de Asturias”), 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 ha de contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Se observa, asimismo, otra irregularidad, por cuanto no se incorpora el informe del servicio de rehabilitación que atendió al paciente, que tampoco se percató de su fractura ósea. Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, resulta insuficiente al respecto el reenvío a los informes que obran en la historia clínica, toda vez que su enfoque es distinto, si bien en este supuesto hemos de reconocer que los aportados por

el servicio de rehabilitación durante el curso clínico evidencian la causa de la omisión denunciada, al documentar la precariedad del paciente “con incapacidad para la bipedestación”.

Por último, 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 la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, 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 establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Imputa el reclamante a la Administración sanitaria el daño derivado de la falta de detección de una fractura femoral durante su ingreso hospitalario por traumatismo craneoencefálico, por cuanto al tiempo de visionarse aquella ya resultaba “imposible de tratar, por haberse soldado incorrectamente el hueso, lo que (...) produce una importante secuela consistente en un acortamiento de una de las piernas”.

En este contexto, no habiendo duda del daño por el que se reclama ni de la dificultad de corregir la disimetría por efecto del paso del tiempo -tal como se deduce de la historia clínica y se reconoce en los informes técnicos-, estimamos acreditado el engarce fáctico entre la “cojera” y la asistencia médica dispensada, pues en el informe de traumatología se concluye -sin elemento que lo contradiga- que la fractura ósea ya se había producido “en el mismo traumatismo que origina las lesiones cerebrales”.

Ahora bien, la mera existencia 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, pues ha de probarse que aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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. Y tal 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 este sea exacto- de los síntomas manifestados.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto sometido a nuestro dictamen, hemos de reparar en que la pretensión resarcitoria se funda únicamente en la omisión de una actividad durante el tiempo en que el paciente permanece hospitalizado en el centro que atiende el traumatismo -esto es, entre los días 31 de enero y 20 de junio de 2008-, toda vez que la dolencia se detecta en la primera consulta tras el alta de esa última fecha, debiendo así orillarse el resto de las incidencias del curso clínico.

Aislado el nudo de la controversia, es preciso detenerse en un elemento de relieve que ha pasado inadvertido en los informes técnicos, como es el tiempo que tarda en soldar el hueso fracturado, ya que no podemos desconocer que es el transcurso de ese lapso temporal el que consolida la disimetría y, a partir de ese mismo momento, su abordaje es traumático. Al respecto, sin adentrarnos en la ciencia médica -ajena a este Consejo-, es de accesible conocimiento que la formación del callo óseo en la fractura femoral tiene lugar en un plazo que comúnmente se sitúa entre el mes y los dos meses. Trasladado al supuesto que nos ocupa, el hueso bien podía estar ya soldado en el momento en que el paciente -tras el ingreso de 31 de enero- abandona la Unidad de Vigilancia Intensiva (el 13 de marzo) o la Unidad de Vigilancia Intermedia (el 17 de marzo), antes, en suma, de superar su estado crítico y pasar a rehabilitación.

Puntualizado este extremo, se observa que la Administración ha incorporado al expediente un informe técnico de evaluación, realizado por una Inspectora de Prestaciones Sanitarias, y un dictamen suscrito por dos especialistas en neurocirugía, a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y ambos informes resultan coincidentes a la hora de valorar la adecuación de la actividad sanitaria a lo que hemos definido como *lex*

artis. Frente a ello, y a falta de otras pruebas o pericias en sentido contrario, lo apuntado por el interesado no alcanza a destruir el valor probatorio de los informes técnicos aportados por la Administración, según analizamos a continuación.

En efecto, el reclamante se limita a presuponer, con marcada vaguedad, la comisión de una negligencia médica, por omisión, al no detectársele la fractura femoral durante su hospitalización tras el grave accidente, sin aportar soporte probatorio ni argumental alguno, pues ni siquiera desciende a contrastar la actuación de los facultativos con el parámetro de la *lex artis*, que, tratándose de un déficit en el diagnóstico precoz, se vincula a la sintomatología y circunstancias manifiestas del enfermo. Por contra, el informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía alude a “la gravedad de la situación al ingreso, que condicionó la asistencia extremadamente urgente y limitada a la lesión craneocerebral”, y el librado por el doctor responsable de rehabilitación el día 17 de febrero de 2008 revela que, durante su estancia en este servicio, el paciente presentaba una “hemiplejia izquierda hipotónica con incapacidad para la bipedestación, precisando la utilización de silla de ruedas para desplazarse”. En atención a estos elementos, tanto en el informe técnico de evaluación como en el dictamen librado a instancias de la aseguradora del Principado se aprecia la corrección de la actuación médica, objetivándose en este último “un trauma craneal muy grave que requirió un periodo prolongado inconsciente en la UCI, sin signos externos de fractura en ningún miembro (...), tras la recuperación de su traumatismo craneal (...) presentaba una hemiplejia izquierda sin síntomas de dolor, ni signos de impotencia funcional que permitieran alertar de la fractura”; concluyendo, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias que la consecuencia dañosa deriva de la “necesidad de priorizar actuaciones” con el objetivo de “tratar de salvar la vida al paciente”, unida a la “dificultad de ampliar exploraciones dada la precariedad del estado general del enfermo”.

A lo anterior hemos de añadir nosotros que, en esa situación de riesgo vital en que se encontraba el paciente, no sólo se le atendió con corrección -y con éxito en el resultado-, sino que es precisamente la reclamada práctica de

exploraciones o pruebas distintas a aquellas de las que su vida dependía lo que pudiera haber comportado una violación de la *lex artis* médica. Y, de otro lado, dada la prolongada estancia del paciente en la Unidad de Vigilancia Intensiva, no puede darse por acreditado que el fémur permaneciera sin soldar al tiempo de trasladarle al servicio de rehabilitación, con lo que el daño -ya causado- no puede anudarse a la actuación de este servicio, que, en cualquier caso, cumplió con el parámetro exigible según la documentación obrante en las actuaciones.

En definitiva, el desenlace lesivo se anuda a ese cuadro crítico del paciente, que requiere atender un riesgo vital y obsta la exteriorización de su fractura ósea, sin que se acredite ninguna actuación de los profesionales que le atendieron contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.