

Expediente Núm. 52/2012  
Dictamen Núm. 164/2012

**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 6 de junio de 2012, 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 6 de marzo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 13 de abril de 2011, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una “reclamación previa a la vía judicial” ante dicho Servicio de Salud.

Refiere que el día 5 de octubre de 2009, tras sufrir un accidente laboral, con “fractura subcapital conminuta del 5º metacarpiano”, fue atendido “en el Hospital ‘X’”, donde se le “realizó manipulación bajo anestesia local con posterior inmovilización con yeso antebraquial”. Por dichos “hechos causa baja

laboral y sigue revisiones en su médico de Atención Primaria". Ante "la ausencia de controles de seguimiento especializados, el 10 de noviembre de 2009 se realiza control Rx (35 días después del accidente", siendo visto "por primera vez" en el Hospital "Y" (Servicio de Urgencias) el 16 de noviembre de 2009, donde "se procede a retirada de la inmovilización, apreciándose rigidez a consecuencia del tiempo transcurrido", pautándole "iniciar tratamiento fisioterapéutico domiciliario". El día 17 de diciembre de 2009 es "valorado en consultas externas de Cirugía Plástica"; al no apreciarse "mejoría significativa" se "solicita consulta (...) preferente al Servicio de Rehabilitación". Realiza tratamiento rehabilitador "desde el 22 de diciembre de 2009 al 7 de mayo de 2010, fecha en la que es dado de alta por curación con secuelas", presentando a fecha 8 de abril de 2011, "a nivel de quinto dedo de (la) mano derecha, limitación en los últimos grados de extensión, dolor a la separación y deformidad con perjuicio estético ligero, todo ello en grado leve".

Considera que "desde la primera atención médica prestada" en el Hospital "X" "hasta que acude al Servicio de Urgencias" del Hospital "Y" no se le ha efectuado "el seguimiento de control adecuado a la patología que presentaba", lo que le ha ocasionado "una rigidez en el dedo afectado", prolongando el "periodo de curación de forma impropia".

Solicita una indemnización por importe total de dieciocho mil euros (18.000 €).

Propone como prueba documental que "se requiera al Hospital "X", y al Hospital "Y" la remisión de la copia "integral" de su "historia clínica" desde "el 5 de octubre de 2009".

**2.** Con fecha 9 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante 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.

**3.** El día 17 de mayo de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe de los Servicios de Urgencias, de Cirugía Plástica y de Rehabilitación, y a la Gerencia de Atención Especializada del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica del perjudicado y un informe de los Servicios de Urgencias y de Traumatología.

**4.** Con fecha 25 de mayo de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones de Hospital "Y" y el Subdirector Médico del Hospital "X" remiten al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado.

**5.** Mediante escritos de 30 de mayo y 1 de junio de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" traslada al Servicio instructor los informes del Responsable del Servicio de Cirugía Plástica y de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

En el primero de ellos se detalla que el paciente fue remitido a Urgencias del Hospital "Y" "por su médico de Atención Primaria con fecha 16-11-09 para valoración de una fractura subcapital del 5º metacarpiano" de la mano derecha, "tratada en el Hospital "X" con fecha 5-10-09". Señala que en aquellos momentos, "dado el tiempo transcurrido se procedió a retirada de la inmovilización y se recomendó movilización precoz de la articulación"; tras ser "valorado de nuevo por consultas externas de Cirugía Plástica" y, puesto que no se apreciaba una "mejoría significativa", fue remitido al Servicio de Rehabilitación con "ritmo preferente", donde se le dio "de alta con fecha 10-5-10", quedando "pendiente de nueva revisión en junio" de 2011.

En el informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación consta que ingresó en dicho Servicio el 22 de diciembre de 2009, siendo alta el día 7 de mayo de 2010. También se detalla que el paciente tuvo un accidente laboral el día 5 de octubre de 2009 y como consecuencia del mismo una fractura en su mano derecha, por lo que acudió a "Urgencias al Hospital `X`",

donde se le "realizó manipulación y tratamiento ortopédico durante seis semanas", y que el "día 16/11 se retira el yeso", le mandan "hacer ejercicios" y se envía a tratamiento "el 17/12", notando "muy poca mejoría". No obstante, se concluye que la "evolución fue muy satisfactoria", ya que "realiza un puño casi completo, el 5º dedo consigue una flexión de MCF de 75º", quedando una "pequeña prominencia a nivel de la cabeza del 5º meta y las molestias van desapareciendo de forma progresiva", por lo que se procede desde el punto de vista "rehabilitador" a su "alta con secuelas".

**6.** El día 6 de julio de 2011, el Director Médico del Hospital "X" envía al Servicio instructor los "informes clínicos emitidos por los servicios intervinientes".

En el informe elaborado por el Jefe de la Unidad de Urgencias se indica que el paciente acudió al referido Servicio el día 5 de octubre de 2009, "a las 20:03 horas", tras sufrir "un traumatismo directo" sobre la mano derecha, comprobándose en "la radiografía practicada a las 21:49 horas que había una fractura en la cabeza del 5º metacarpiano; a las "21:59 se cursó" una "consulta urgente al Servicio de Traumatología", que a las "22:38 procedió a la reducción de la fractura bajo anestesia local"; a las "23:16 horas el paciente fue dado de alta por dicho Servicio, indicándole que debía ser controlado por su mutua laboral".

El informe de alta de Urgencias de Traumatología, de fecha 5 de octubre de 2009, refiere que la fractura fue "por traumatismo directo en el trabajo", que se llevó a cabo una "reducción bajo anestesia local" y que procede "control por su mutua laboral". En la historia clínica que se acompaña consta que el paciente "es derivado a su mutua laboral para su seguimiento (procedimiento habitual en los accidentes laborales), hecho que se explica al mismo a la entrega del informe de alta".

**7.** Mediante escrito de 12 de julio de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio instructor un informe de fecha 11 de julio de 2011, firmado por la Coordinadora de Calidad, con el visto bueno

del Coordinador de Urgencias, en el que se consigna que en la "historia clínica del paciente solo está registrada la urgencia del día 16-11-2009", habiendo sido derivado "de su centro de Atención Primaria", añadiendo que es "atendido por Cirugía Plástica, que le da el alta con las recomendaciones oportunas".

**8.** El día 31 de agosto de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que "en el Servicio de Urgencias" del Hospital "X" "se recomendó seguimiento por su mutua laboral" y que no se tuvo conocimiento de que se trataba de "un trabajador autónomo que no cotiza por contingencias profesionales" hasta que el médico de Atención Primaria, en noviembre de 2009, "lo deriva a Urgencias de Cirugía Plástica". Precisa que el interesado debería haber "advertido" dicha circunstancia "cuando fue valorado por Urgencias" del Hospital "X" para que se "derivase el seguimiento de su proceso al servicio público de salud". No obstante, añade que "posiblemente el resultado final hubiese sido el mismo", puesto que la "rigidez es una complicación común" en este tipo de fracturas, considerando que "el tratamiento pautado se ajusta a lo establecido" para las mismas, por lo que "procede desestimar la reclamación".

**9.** Mediante escritos de 2 de septiembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**10.** Con fecha 3 de octubre de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, uno de ellos en Cirugía Plástica y Reparadora y en Cirugía de la Mano y Nervios Periféricos y dos en Traumatología y Ortopedia. En él afirman que el perjudicado "fue correctamente tratado y acorde a la lex artis en la urgencia, con una inmovilización con férula". Con relación a la "duración óptima del tratamiento",

señalan que el periodo varía “de una semana de inmovilización seguida de tratamiento funcional a periodos más prolongados de inmovilización total”, aunque en general, “en la mano, el tratamiento inmovilizador mayor de cuatro semanas puede producir rigidez si no se realiza en posición funcional”. Exponen que al darle el alta al paciente se le “recomienda seguimiento por su mutua”, puesto que la fractura fue consecuencia de un accidente laboral, debiendo ser el interesado quien gestione “el seguimiento, sea con su mutua o con la Seguridad Social”. Por último, con relación a dichas fracturas, sostiene el especialista que “dejan secuelas, que habitualmente son leves de movimiento en torno a un 8% de pacientes”.

**11.** El día 25 de octubre de 2011 se comunica al reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 31 del mismo mes se presenta este en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por sesenta y cuatro (64) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto. No consta la presentación de alegaciones.

**12.** Con fecha 16 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en idénticos argumentos a los señalados en el informe técnico de evaluación.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de marzo de 2012, registrado de entrada el día 16 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ....., de la Consejería de Sanidad, 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 prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 13 de abril de 2011, habiendo tenido lugar -desde el punto de vista rehabilitador- el alta con secuelas el día 7 de mayo de 2010, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de 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 audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, en cuanto a los informes de los servicios responsables, apreciamos que, si bien se han incorporado al procedimiento diversos informes de los Servicios en los que fue atendido el paciente tanto en el Hospital "X" como en el Hospital "Y", no consta el de Atención Primaria, pese a que el reclamante achaca la presunta lesión indemnizable al funcionamiento de este Servicio. En efecto, en el escrito de reclamación el interesado, tras manifestar que el día 5 de octubre de 2009 se lleva a cabo "la inmovilización" de su mano derecha en el Hospital "X", afirma que sigue "revisiones en su médico de Atención Primaria" y atribuye el daño padecido a "la ausencia de controles de seguimiento especializados", pues hasta el día 10 de noviembre de 2009 no se le realizó "control de Rx" (35 días después del accidente)", siendo atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital "Y" el día 16 del mismo mes.

En otras circunstancias procedería retrotraer el procedimiento al objeto de incorporar el informe de aquel Servicio; sin embargo, teniendo en cuenta los datos obrantes en la historia clínica y los diversos informes recabados en el curso de la instrucción -que analizaremos en la consideración sexta-,



entendemos que tal retroacción no es necesaria, pues resulta razonable suponer que, de incorporarse el informe del médico de Atención Primaria, el sentido final de la propuesta de resolución y de nuestro dictamen no variaría.

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 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

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

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

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

**SEXTA.-** El reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de una atención sanitaria que reputa deficiente; en particular, imputa al Servicio de Salud del Principado de Asturias una "ausencia de controles de seguimiento especializados" desde la atención prestada en el Hospital "X" tras el accidente sufrido en su mano derecha -el día 5 de octubre de 2009- hasta la "primera vez" que es atendido en el Servicio de Urgencias en el Hospital "Y" -el día 16 de noviembre de 2009-.

Reclama como indemnización una cantidad a tanto alzado, sin especificar a qué concepto o conceptos corresponde. No obstante, cabe interpretar que se refiere a un prolongado "periodo de curación" y a secuelas funcionales y estéticas. Alguno de esos daños, que el interesado anuda al retraso en la atención especializada, están acreditados -es el caso de la necesidad de rehabilitación y de la secuela funcional-, por lo que hemos de dar por probada la existencia de daños, sin perjuicio de su cuantificación y valoración concreta, que realizaremos si se apreciara la concurrencia de los restantes requisitos legalmente necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial pretendida.

Ahora bien, la existencia de un daño no determina por sí misma la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que ha de acreditarse, entre otros extremos, que los perjuicios sufridos son consecuencia causal del funcionamiento de un servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, para efectuar este juicio imprescindible responde a lo que se conoce como *lex artis*. Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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 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.

El interesado imputa a la Administración sanitaria una “ausencia de controles de seguimiento especializados” que concreta en el periodo inicial comprendido entre la primera atención recibida -inmovilización- en el Hospital “X” el día 5 de octubre de 2009 y el “control de Rx” realizado el 10 de noviembre de 2009, con la consiguiente “retirada de la inmovilización” el 16 de noviembre de 2009.

Sin embargo, y pese a que le incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realiza, el reclamante no ha desarrollado la menor actividad probatoria. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio sobre la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada sobre la base de la documentación que obra incorporada al expediente, y que ha sido aportada por la Administración sanitaria.

Una prudente valoración de la documentación incorporada a aquel nos indica que, a pesar de que el paciente afirma que “no se ha efectuado el seguimiento de control adecuado” entre el día 5 octubre y el 10 de noviembre de 2009 y que “sigue revisiones en su médico de Atención Primaria”, en el informe clínico del Servicio de Urgencias del Hospital “X” se detalla que se procedió por el Servicio de Traumatología a “la reducción de la fractura bajo anestesia local” el día 5 de octubre de 2009, y que fue “dado de alta por dicho Servicio indicándole que debía ser controlado por su mutua laboral”.

En relación con ello hemos de poner de manifiesto, en primer lugar, que los informes médicos que obran en el expediente, al tratarse de una fractura ocasionada por un accidente laboral, consideran que ha de ser la mutua correspondiente la que realice su seguimiento, afirmando el informe elaborado por los especialistas a instancia de la compañía aseguradora que tras el alta es “el mismo paciente quien debe gestionar el seguimiento, sea con su mutua o con la Seguridad Social”. En este sentido, el informe técnico de evaluación añade que no se tiene conocimiento de que se trata de un “autónomo sin cobertura en contingencias laborales” hasta el día 16 de noviembre de 2009 y que “el propio interesado debería haber advertido” dicha circunstancia cuando

“fue valorado por Urgencias” del Hospital “X” para que se derivase el seguimiento de su proceso al servicio público de salud”.

Sobre este extremo, hemos de destacar que no se ha acreditado en modo alguno que el reclamante demandase atención médica y seguimiento de su lesión (en sustitución de la prescrita para ser efectuada por su mutua de accidentes) del servicio público sanitario, dejando constancia de que se trata de un trabajador autónomo sin cobertura de contingencias laborales, hasta la atención reflejada en la hoja de interconsulta que, el día 16 de noviembre de 2009, formula su médica de Atención Primaria, y en la que consta que “solicita consulta urgente, pues lleva inmovilizado 6 semanas con Rx control que aporta sin gran mejoría (...). Nota: autónomo sin cobertura en contingencias laborales”.

Por otra parte, y en lo que atañe al periodo de inmovilización, en el informe elaborado a instancia de la compañía aseguradora se concluye que “no hay consenso sobre la duración del tratamiento con férula”, y, si bien en el informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “Y” consta que cuando se procede a la retirada de la inmovilización se aprecia “rigidez a consecuencia del periodo de tiempo transcurrido”, nada se ha acreditado que permita considerar que tal rigidez se debe al tratamiento pautado y no a la natural evolución de su lesión.

Además, los informes técnicos resultan coincidentes respecto a la correcta actuación de los diferentes servicios médicos. Así, en el informe técnico de evaluación se afirma que “la rigidez es una complicación común en este tipo de fracturas” y que “el tratamiento pautado se ajusta a lo establecido” para dichas fracturas, y en el elaborado a instancia de la compañía aseguradora se señala que la “actuación de los diferentes servicios médicos” se ajusta a la “lex artis”.

A la vista de ello, concluimos que el daño alegado no puede imputarse a un defectuoso funcionamiento del servicio público de salud, como pretende el reclamante, pues fue atendido por dicho servicio siempre que lo requirió, a pesar de tratarse de una atención sanitaria que, derivada de un accidente

laboral, se consideraba que debía ser prestada por la mutua correspondiente. No obstante, el servicio público sanitario aplicó los tratamientos -ortopédico y rehabilitador- conforme a los resultados de las pruebas radiológicas que se le practicaron en diversas ocasiones, no resultando acreditado que se prolongase indebidamente el tratamiento inmovilizador, y menos aún que la duración del mismo pueda imputarse a la sanidad pública, ni que las secuelas que padece -déficit de movilidad en grado leve- sean consecuencia de dicha inmovilización.

En definitiva, no podemos apreciar relación de causalidad entre la patología que presenta el reclamante tras el tratamiento inmovilizador y el funcionamiento del servicio público sanitario, pues no existe prueba alguna de que la actuación de los profesionales que asistieron al paciente no se haya ajustado a 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.