

Expediente Núm. 223/2012  
Dictamen Núm. 328/2012

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*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 15 de noviembre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de septiembre de julio de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 30 de septiembre de 2011, la representante de la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños y perjuicios ocasionados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Inicia su escrito relatando que su representada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el día 30 de septiembre de 2010, "por dolor en cadera izquierda" tras una "exploración física anormal por dolor a nivel de cabeza femoral sin deformidad y moderada impotencia funcional", y una vez realizadas "exploraciones complementarias rayos pelvis+cadera izquierda", la impresión diagnóstica es "contusión en cadera izquierda". Acude de nuevo a dicho Servicio el día 11 de octubre de 2010, por "impotencia funcional y hematomas no resueltos en fémur y a nivel de pierna"; añade que "mantiene la bipedestación y camina con mucha dificultad". Se le realizan "exploraciones complementarias rayos fémur, rodilla y pierna, osteopenia", sin "signos de fractura a ningún nivel", con la impresión diagnóstica "secuelas de policontusiones en MID" y siendo el tratamiento recomendado "levantar diariamente al sillón". Expone que el día 14 de octubre es "trasladada (...) por la ambulancia" al citado centro hospitalario, "ingresando en Urgencias (...) siendo intervenida en Traumatología" con "impresión diagnóstica fractura pertrocantérea cadera izquierda"; es dada "de alta el 25 de octubre de 2010" y ese mismo día "ingresa en la Fundación del Hospital `Y`" para "control evolutivo y realización de fisioterapia, siendo dada de alta el 13 de diciembre de 2010".

Se pregunta que cómo se "explica que el 30 de septiembre (...) no encuentre ninguna patología ósea ni el 11 de octubre (...) y el 14 de octubre de 2010 ingresa en urgencias con fractura siendo intervenida quirúrgicamente"; también se pregunta "si los dos médicos de urgencias utilizaron todos los medios a su alcance para determinar un diagnóstico acorde con el historial médico" de la paciente o "en su defecto hubo una dejadez o negligencia médica errando en el diagnóstico y ocasionándole (...) un perjuicio mayor". Añade que si "desde el primer momento hubieran hecho otro tipo de pruebas" o hubiera quedado en "observancia, podrían haber determinado que era una fisura, siendo diferente el tratamiento utilizado porque no era necesaria la intervención quirúrgica". Afirma que en el "informe del

rehabilitador de la Fundación del Hospital "Y" se hace "hincapié en que la calidad de vida" de la paciente "está delimitada por la negligencia médica por error en el diagnóstico por los dos primeros médicos de urgencias del hospital".

Solicita una indemnización de sesenta mil euros (60.000 €).

Acompaña la siguiente documentación: a) Informe de la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital "X", el día 30 de septiembre de 2010. b) Tres fotografías de la paciente, en las que se observan fundamentalmente el estado de sus piernas. c) Informe de la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital "X", el día 11 de octubre de 2010. d) Informe del hospital citado, en el que consta el ingreso de la paciente el día 14 de octubre de 2010, que fue "intervenida quirúrgicamente" y dada de alta el día 25 de octubre de 2010. e) Informe de la Fundación Hospital "Y", en el que consta que la paciente ingresó el día 25 de octubre de 2010 y fue dada de alta el día 13 de diciembre de 2010. f) Documentación referente al reconocimiento del grado de discapacidad de la paciente.

**2.** Con fecha 18 de octubre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la representante de la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará, y le concede un plazo de 10 días para "acreditar su representación". Tras presentar la letrada una autorización de la interesada que no fue aceptada por el Servicio instructor, se le requiere nuevamente para que acredite su representación.

**3.** Mediante escritos de 16 de noviembre de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita "copia de la historia clínica" a la Gerencia del Hospital "X" y a la Fundación del Hospital "Y", así como informes de los responsables de los Servicios de Urgencias y Traumatología, que atendieron a la paciente "referidos al episodio en cuestión".

**4.** Con fecha 28 de noviembre de 2011, un abogado de la Fundación “Y” remite un informe referente al período en el que permaneció la paciente ingresada, desde el día 25 de octubre de 2010 al 13 de diciembre de dicho año, en el que en el apartado “evolución y comentarios” se indica: “fractura de cadera compleja” y se detallan, entre otras incidencias, “infección de herida quirúrgica” y “retención urinaria”.

**5.** Mediante escrito de fecha 7 de diciembre de 2011, la letrada de la interesada remite al Servicio instructor Escritura de poder para pleitos a su favor.

**6.** El día 12 de diciembre de 2011, la Directora Médica del hospital envía al Servicio instructor, entre otra documentación, una copia del historial clínico de la paciente.

**7.** Con fecha 3 de febrero de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él detalla, pormenorizadamente, la asistencia prestada a la interesada concluyendo que la actuación sanitaria fue “conforme a la *lex artis* y tal y como la literatura médica recomienda”.

**8.** El día 26 de marzo de 2012, emite dictamen una asesoría privada, suscrito colegiadamente por tres especialistas en Traumatología y Ortopedia, realizado a instancia de la compañía aseguradora.

Refieren los especialistas que “hay grandes probabilidades” de que la paciente “presentara una fractura de cadera en la asistencia realizada el 30-9-2010 tras el traumatismo acontecido el día anterior”; consideran que en ese “momento era una fractura no desplazada que no se visualizó en el estudio radiológico habitual”, pero que el “diagnóstico precoz de la fractura no

desplazada no hubiese cambiado el tratamiento ofertado. El tratamiento de elección de la fractura de cadera en el anciano es el tratamiento quirúrgico". Añaden que las "complicaciones aparecidas tras la cirugía de cadera realizada están contempladas como complicaciones posquirúrgicas propias de la patología traumática de cadera en anciano", y aunque "no recuperó la situación basal previa que presentaba antes de la fractura", dicha "posibilidad está contemplada en el 50% de los ancianos que presentan fractura de cadera a pesar de ser intervenidos quirúrgicamente".

**9.** Mediante escrito notificado el día 2 de mayo de 2012 a la representante de la reclamante, se da trámite de audiencia con vista del expediente.

**10.** Con fecha 23 de mayo de 2012, la representante de la interesada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su reclamación inicial.

**11.** Con fecha 28 de mayo de 2012, el Servicio instructor remite copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

**12.** Con fecha 25 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación presentada, reiterando las conclusiones de los informes anteriores.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de agosto 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, adjuntando a tal fin el original del mismo.

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 legítimamente por medio de representante.

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 30 de septiembre de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -las asistencia sanitarias en las que se produce el supuesto error en el diagnóstico- los días 30 de septiembre y 11 de octubre 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, se observa que no se ha dado cumplimiento al trámite de incorporación de informe de los servicios afectados. Así, y pese a la solicitud de "informe" a los "responsables de los servicios de Urgencias y Traumatología" formulada por el órgano instructor, la Directora Médica del hospital, a pesar de afirmar que remite "Informe clínico emitido por el Servicio de Urgencias" al respecto, únicamente acompaña los informes del Servicio de Urgencias que ya han sido incorporados al expediente con el escrito de reclamación, cuyos contenidos reiteran. Ahora bien, teniendo en cuenta que la reclamante no realiza ninguna observación sobre aquellas omisiones en el

escrito de alegaciones, y a la vista de la documentación disponible, este Consejo, en aplicación de los principios de eficacia y de economía procesal, no considera necesaria la retroacción de actuaciones para la subsanación del defecto expuesto, pues obra en el expediente documentación suficiente para suponer, en buena lógica, que aunque los Servicios de Urgencias y Traumatología emitieran nuevos informes específicos sobre la reclamación, el sentido del presente 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, 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. c) Que no sea producto de fuerza mayor.

**SIXTA.-** La reclamante interesa una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de un error diagnóstico de la dolencia que padecía inicialmente en su cadera izquierda, lo que conllevó un retraso en el tratamiento adecuado, lo que a su vez generó que haya tenido que “ser intervenida quirúrgicamente”.

En cuanto a la efectividad del daño alegado, consta acreditado en el expediente que la perjudicada sufrió un traumatismo la noche anterior al día 30 de septiembre de 2010, siendo la impresión diagnóstica inicial “contusión en cadera izquierda”, que posteriormente, el día 11 de octubre de 2010, se le diagnostican “secuelas de policontusiones en MID”, y que finalmente es

ingresada el día 14 de octubre de 2010 e intervenida quirúrgicamente, el día 19 del mismo mes, por "fractura pertrocantérea cadera" izquierda.

Ahora bien, la mera constatación de un daño 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 el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel 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, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, 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- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que la paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña per se una vulneración de la *lex artis*.

La perjudicada reprocha al servicio público sanitario, en concreto al Servicio de Urgencias del Hospital "X", un diagnóstico erróneo, afirmando que "si desde el primer momento hubieran hecho otro tipo de pruebas" o si la "hubieran dejado en observancia podrían haber determinado que era una fisura" de cadera, por lo que "no era necesario la intervención", se podría haber pautado "reposo" dado su edad, y su "situación hubiera sido diferente". Entiende que "hay una culpa o negligencia clara en el actuar" de los facultativos que la atendieron en el Servicio de Urgencias los días 30 de septiembre y 11 de octubre de 2010, "toda vez que no detectaron la fisura produciendo fractura en cadera izquierda".

Sin embargo, pese a que incumbe a quien reclama la carga de la prueba de los hechos que alega, la interesada no ha desarrollado la menor

actividad probatoria de este nexo causal más allá de su propia declaración. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en relación con el respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre la base de la documentación que obra en el expediente y que no ha sido discutida.

Con respecto al reproche de error diagnóstico y de insuficiencia de los medios empleados, hemos de señalar que fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital "X" por "dolor a nivel de cadera izq. tras traumatismo esta noche"; así se refleja en el informe de dicho servicio de fecha 30 de septiembre de 2010, constando, tras la realización de una radiografía de pelvis y de cadera izquierda, "no fracturas" y, como impresión diagnóstica, "contusión en cadera" izquierda.

La paciente acudió de nuevo a dicho servicio el día 11 de octubre de 2010, por "impotencia funcional y hematomas no resueltos en fémur y a nivel de pierna". En el informe relativo a dicha consulta se detalla que se realizó una radiografía de fémur, rodilla y pierna, indicando sin "signos de fractura a ningún nivel", siendo la impresión diagnóstica "secuelas de policontusiones en MID". Tras ingresar en dicho centro hospitalario días después -14 de octubre-, se diagnostica "fractura pertrocantérea de cadera izquierda", siendo intervenida quirúrgicamente el día 19 siguiente.

En este curso clínico, hay que resaltar que cuando la paciente acude el día 11 de octubre al Servicio de Urgencias se detalla que "mantiene la bipedestación y camina con mucha dificultad", y que en el informe técnico de evaluación se afirma con relación a dichas fracturas que en "todos los casos la marcha es imposible y cualquier intento de movilizar pasivamente el miembro es muy doloroso". Sin embargo, cuando la paciente acude el día 14 a dicho Servicio, tras la exploración física de la extremidad inferior izquierda, se detalla: "con deformidad en acortamiento y rotación externa", síntomas que se observan en un paciente cuando tiene rotura. Así lo manifiesta el informe de los especialistas elaborado a instancia de la compañía aseguradora.

No obstante, a pesar de lo expuesto y de no poder conocer con certeza la fecha exacta en que se produjo la factura, en el supuesto de considerar, como así lo hacen en su informe los especialistas a instancia de la compañía aseguradora, que la "fractura, en los estudios radiológicos convencionales practicados" en las dos visitas iniciales-días 30 de septiembre y 11 de octubre-al Servicio de Urgencias, "no fue visualizada" -"posibilidad existe en nuestra práctica habitual en los servicios de Urgencias", precisan-, y aún admitiendo que con la realización de "algún estudio complementario TAC, RMN, etc." se "hubiese confirmado el diagnóstico", en dicho informe se concluye que "no hubiese cambiado el sentido del tratamiento".

En definitiva, no resulta acreditado que los medios diagnósticos empleados no fueran los habituales ante la dolencia que presentaba la paciente, ni que, ante los síntomas que presentaba una vez producida la caída, estuviera justificado la realización de otras pruebas diagnósticas en un Servicio de Urgencias. Resultando lógico, tal y como señala el informe técnico de evaluación, que fuera posteriormente, dada la evolución de la paciente, y "ante los datos clínicos evidentes que sugerían una fractura pertrocanterea" -confirmada radiológicamente-, cuando se decide el ingreso de la enferma en el servicio de trauma y se decide dispensarle el tratamiento quirúrgico correspondiente.

Por lo que se refiere a los tratamientos establecidos, sorprende que la interesada manifieste que si se hubiera pautado "reposo" su situación hubiera sido diferente, pues en los informes del Servicio de Urgencias aportados por la propia reclamante consta que el día 30 de septiembre de 2010 se le prescribe "reposo en sillón" y que el día 11 de octubre siguiente se le pauta "el recomendado. Levantar diariamente al sillón". Por ello, no resulta acreditado que el tratamiento inicial fuese el causante de la fractura y de la posterior intervención quirúrgica.

Por lo que a la necesidad de intervención quirúrgica se refiere, en el informe técnico de evaluación se afirma que "el tratamiento quirúrgico es el

único recomendado para evitar el encamamiento y permitir la deambulaci3n precoz". Por su parte, el informe de los especialistas elaborado a instancia de la compa1a aseguradora sostiene que "el diagn3stico precoz de la fractura no desplazada no hubiese cambiado el tratamiento", ya que el "tratamiento de elecci3n de la fractura de cadera" en una anciana "es el tratamiento quir3rgico"; aunque una "fisura en la cadera (...) se puede tratar con sedestaci3n en sill3n", lo m1s "probable es que termine finalmente desplazada como aconteci3 en este caso", a1adiendo que el "manejo conservador de una fractura de cadera en el anciano es difc1l por no decir imposible", ya que no se puede "encamar al enfermo para asegurar la curaci3n de la fractura" pues existen "grandes probabilidades de complicaciones por el reposo y el encamamiento". Por 3ltimo, los citados especialistas concluyen que la "fractura finalmente consolid3 correctamente y los d3ficits presentados se asocian a la situaci3n basal y la patolog1a m3dica que presentaba la paciente, no al retraso en el diagn3stico de la lesi3n".

A la vista de todo ello, concluimos que ni la rotura de cadera ni la posterior intervenci3n quir3rgica pueden imputarse a un defectuoso funcionamiento del servicio p3blico de salud, como pretende la reclamante, sino a la evoluci3n de la lesi3n sufrida por la paciente tras su ca3da; los t3cnicos que intervinieron en el procedimiento no aprecian ninguna actuaci3n contraria al buen quehacer m3dico o disconforme con la *lex artis*, pues, como coinciden en se1alar todos ellos, los tratamientos aplicados se ajustaron a la cl1nica que la enferma presentaba en cada momento. En consecuencia, no puede imputarse a la Administraci3n sanitaria el hecho de haber tenido que someterse a una intervenci3n quir3rgica, pues aun en la hip3tesis de un diagn3stico m1s temprano, dicha intervenci3n deber1a haberse llevado a cabo igualmente.

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.