

Expediente Núm. 237/2011
Dictamen Núm. 62/2012

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 8 de marzo 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 29 de agosto 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 prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de febrero de 2011, la perjudicada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Refiere que padece “desde hace años (una serie de) problemas físicos”, tales como la “anomalía de May-Hegglin (...), menstruaciones irregulares (...) (y) anemia”, además de un persistente malestar que fue atribuido a causas psíquicas, razón por la cual “en el año 2006 es derivada al centro de salud

mental”, desde donde su psiquiatra la remite al reumatólogo, que le diagnostica “fibromialgia y reuma”. Añade que en 2007 solicitó la invalidez permanente absoluta que le fue denegada.

El día 25 de enero de 2010, es contratada como peluquera pero “nada más empezar comienza a sentirse mal, no pudiendo cumplir en el trabajo”, por lo que acude “varias veces al médico” y queda “en situación” de incapacidad temporal, solicitándose “una analítica que da que está mal pero no (le) dan tratamiento”. La Inspección Médica le da el alta el 18 de mayo del mismo año y como aporta “un informe de la psiquiatra le vuelven a dar la baja”. Manifiesta que “toda esta situación le generó un estado de ansiedad, con (...) clínica continuada rebelde a los tratamientos, agravada (...) por el padecimiento doloroso crónico por fibromialgia”, y que además, como presentaba otros síntomas -“trastornos digestivos, gastrointestinales, dolor, fiebre de origen desconocido”-, la psiquiatra “le indicaba que tenía que haber (...) causas físicas”. En el mes de julio de 2010, “la Inspectora le vuelve a dar el alta”, por lo que acude con “un nuevo informe de la psiquiatra (...) a la médica del centro de salud”, quien le manifiesta que “no puede hacer nada” y, cuando le comenta que “se encuentra mal”, aquella le sugiere cambiar de médico, lo que la reclamante hace en agosto de ese año. Su nueva médica “le tramita la baja, que es admitida por la Inspectora y, como se encuentra mal (...), le pide (...) una analítica”, que se practica el 4 de septiembre, “siendo llamada urgentemente” para realizar una transfusión, al habersele diagnosticado “anemia ferropénica de causa ginecológica. Seudomegatrombopenia. Anomalía de May-Hegglin. Folicopenia”.

Considera que al no haber sido atendida de las enfermedades que padecía fue dada de alta “indebidamente”, y que no fue hasta el diagnóstico obtenido de los análisis de septiembre de 2010 cuando “la Inspectora se da cuenta (de) que (la reclamante) tenía razón cuando decía que se encontraba mal” y que las altas habían sido “indebidas”, señalando que “ahora continúa de baja”.

Concluye indicando que lo sucedido “le ha causado un sufrimiento y secuelas, entre ellas un trastorno alimentario”, al haberle sido tratada tardíamente la fibromialgia. Además esta situación la obligó a “cesar en su actividad” como autónoma, y el contrato laboral formalizado en el año 2010 no fue renovado a su término “por el mismo motivo”, con el resultado de que “durante todos estos años ha tenido periodos sin percibir ninguna prestación, situación en la que se encuentra actualmente”.

Valora los daños sufridos en la cantidad de cien mil euros (100.000 €).

Solicita copia íntegra de su historia clínica.

2. Mediante escrito de 24 de febrero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la 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. Con fecha 28 de febrero de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Inspección Médica del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de dicha Inspección.

4. El día 16 de marzo de 2011, la Jefa del Área de Inspección de Avilés (Área Sanitaria III) remite al Servicio instructor el informe elaborado por la Médica Inspectora.

En dicho informe, de 16 de marzo de 2011, se refiere que la reclamante “tuvo los primeros procesos de baja laboral cuando trabajaba como peluquera autónoma, permaneciendo un largo periodo” en incapacidad temporal “desde el año 2006 hasta el año 2008, iniciándolo por un trastorno de ansiedad y manteniéndolo por otras patologías añadidas a lo largo de dicha baja laboral: fibromialgia, cervicalgia y lumbalgia. Tras la prórroga de los 12” meses, el Instituto Nacional de la Seguridad Social “emitió el alta con fecha 09-02-2008./

Según antecedentes recogidos en la base de datos de la Tesorería de la S. Social permaneció sin actividad laboral desde el 31-10-2006 al 25-01-2010, causando alta en esta fecha en una nueva actividad laboral como peluquera pero ya por cuenta ajena, y causa nueva baja laboral el 26-02-2010 por fibromialgia + ansiedad”.

Señala que la mutua “responsable del pago de dicha baja laboral solicita el alta a la Inspección Médica el día 20-04-2010”, por entender “que presenta una pluripatología antigua toda ella previa a dicha alta como trabajadora” y que “lo que ha intentado es una compra de prestación, no considerando que la baja haya sido por agudización alguna”, lo que se traslada a su médico de cabecera, que emite el “alta por mejoría que permite trabajar el día 03-05-2010”. El 18 de mayo del mismo año causa nueva incapacidad temporal por “estado de ansiedad” y, al cumplir el “tiempo estándar (...) previsto en esta patología, se solicita desde la Inspección el alta o un informe que justifique la necesidad de seguir en ella, emitiendo “el médico de cabecera (...) el alta por mejoría con fecha 02-07-2010”. El 12 de julio de 2010 es de nuevo baja laboral “por trastorno depresivo” y se solicita un informe a su médica de cabecera, en el cual se “recoge la patología ya conocida, toda crónica, por lo que se cita en Inspección a la asegurada el día 09-09-2010”, que “aporta un informe de Hematología” del Hospital, “a donde ha sido derivada por su médica de cabecera por haber encontrado en una analítica una anemia ferropénica (...). Se le transfunden (...) 2 concentrados de hematíes” y “se le solicita consulta en Ginecología. Por la astenia (...) que le produce la anemia, la médica de cabecera no considera que esté en condiciones de trabajar en ese momento. A juicio de la Inspección, dado que presentaba en ese momento un problema agudo (sin relación alguna con la patología crónica ya conocida) que se esperaba fuera solucionado con el correspondiente tratamiento también consideró que en ese momento estaba justificada la baja laboral y no se emite el alta”. Añade que posteriormente ha sido puesto tratamiento “por Ginecología y por el Servicio de Digestivo. También ha seguido revisiones en Reumatología” del Hospital, por Salud Mental y por Hematología.

Finaliza indicando que "a día de hoy sigue de baja laboral y, por haberle acumulado los tres últimos procesos" de incapacidad temporal, está previsto darle "el alta por agotamiento de 12 (meses) el próximo día 20-03-2011". Añade que "esta paciente debió solicitar una invalidez" al Instituto Nacional de la Seguridad Social, "pues en septiembre de 2010 se le comunicó una resolución denegatoria de invalidez por la patología crónica que sufre", al no considerar que "le incapacite de un modo permanente para el trabajo como peluquera".

Adjunta cuarenta y tres folios (43) correspondientes a su historia clínica, escritos de la Inspección a su médico de cabecera, escritos de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales dirigidos a la Inspección solicitando el alta de la paciente, la Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de fecha 13 de septiembre de 2010, por la que se deniega la solicitud de incapacidad permanente, y resoluciones de alta laboral de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

5. Con fecha 11 de mayo de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, considera que "queda suficientemente probado" que la reclamante "padece una serie de patologías crónicas que han tenido la consideración de no permanentes y no invalidantes" por el Instituto Nacional de la Seguridad Social "y que cuando ha sufrido agudizaciones de las mismas han requerido periodos de (incapacidad temporal). En todo momento ha sido tratada tanto por su médico de cabecera como por diferentes especialistas del área sanitaria, no apreciándose secuela alguna por falta de tratamiento, tal y como ella alega en su reclamación", y añade que "tampoco ha quedado acreditado que la última alta médica emitida por el servicio público de salud fuese incorrecta, pues la misma se produjo por agotamiento de duración máxima del periodo de (incapacidad temporal), por acumulación con procesos anteriores".

6. Mediante escritos de 16 de mayo 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.

7. El día 1 de agosto de 2011, se comunica a la 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 3 de agosto de 2011, comparece la reclamante en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por setenta (70) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

8. El día 10 de agosto de 2011, la reclamante presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifica en los términos de su reclamación inicial y expresa que “falta (en la historia clínica) las veces que fue atendida en el Servicio de Ginecología del Hospital y además el resultado de las consultas y analíticas del año 2011; así mismo (...) está siendo atendida por un psicólogo en el centro de salud mental, cuyo informe tampoco aparece”, por lo que solicita una “copia íntegra de su historia clínica”.

9. Con fecha 16 de agosto de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “lo expuesto en los informes incorporados al expediente contradice lo manifestado por la reclamante, pues queda acreditado que padece una serie de patologías crónicas que han tenido la consideración de no permanentes y no invalidantes” por el Instituto Nacional de la Seguridad Social “y que cuando ha sufrido agudizaciones de las mismas han requerido periodos” de incapacidad temporal, y que “en todo momento ha sido tratada tanto por su médico de cabecera como por diferentes especialistas (...), no apreciándose secuela alguna por falta de tratamiento”. Añade que “tampoco ha

quedado acreditado que la última alta médica emitida por el servicio público de salud fuese incorrecta, pues la misma se produjo por agotamiento de duración máxima del periodo” de incapacidad temporal. En cuanto a las alegaciones de la perjudicada “en las que indica que falta parte de su historia clínica, no se considera necesario incorporar la documentación (...) a la que hace referencia, dado que el informe del Área III de Inspección resume y analiza las circunstancias de los procesos de incapacidad temporal (...), lo que permite analizar la reclamación y concluir respecto a los hechos reclamados, los cuales se centran fundamentalmente en los procesos de incapacidad laboral y altas emitidas”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de agosto de 2011, registrado de entrada el día 1 de septiembre del mismo año, 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 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 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 21 de febrero de 2011, habiendo tenido lugar el periodo de actuación de la Inspección Médica que la interesada cuestiona entre los meses de mayo y septiembre 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 incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, 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.- La reclamante interesa una indemnización por el “sufrimiento y secuelas, entre ellas un trastorno alimentario”, que dice haber padecido como consecuencia de la emisión por parte de la Inspección Médica competente de dos altas en procesos de incapacidad temporal, que considera “indebidas”. Señala, además, como daños derivados de la actividad administrativa el haber “tenido que cesar en su actividad como peluquera autónoma” y que “el contrato que tuvo en el año 2010 al finalizar el mismo no se lo renovaron por el mismo motivo”, así como que “durante todos estos años ha tenido periodos sin percibir ninguna prestación, situación en la que se encuentra actualmente”. Por otra parte, alega retraso en el tratamiento de la fibromialgia que padece.

En el informe médico emitido el 26 de julio de 2010 por el Centro de Salud Mental I se deja constancia de los síntomas psíquicos (ansiedad, irritabilidad y estado de ánimo bajo) y de los trastornos gastrointestinales por los que la paciente acudió a consulta médica, lo que nos permite, a efectos de

continuar con el análisis de fondo de esta reclamación, entender que existe un daño real, efectivo y sobre cuya valoración económica nos pronunciaremos de resultar procedente.

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

Como ya hemos señalado en dictámenes anteriores, corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. Sin embargo, ningún esfuerzo probatorio realiza la interesada, limitándose a imputar el sufrimiento, psíquico y físico, por ella padecido y su situación laboral de desempleo a la, a su juicio, incorrecta forma de proceder por parte del Servicio de Inspección Médica, al haber dado dos altas médicas (de 3 de mayo y 2 de julio de 2010) que, según indica, no debían haberse producido.

Al margen de la valoración sobre la actuación de la Inspección Médica en este caso, que realizaremos posteriormente, lo cierto es que la interesada no ha acreditado que ninguno de los daños alegados tenga una vinculación, siquiera mínima, con las altas médicas denunciadas como irregulares. Así, los episodios de sufrimiento y secuelas digestivas son descritos en el citado informe médico de 26 de julio de 2010 como síntomas activos de las diversas dolencias preexistentes en la reclamante y que reitera esencialmente otro informe de 19 de marzo de 2010, anterior, por tanto, a la primera irregularidad que, a juicio de la perjudicada, se produce con el alta de 3 de mayo de 2010. Conviene, además, abundar en la idea de que tales informes no documentan daños distintos a los que sustentaban las pretensiones de baja médica de la reclamante, por lo que difícilmente pueden utilizarse, a la vez, para fundamentar un daño autónomo consecuencia de un incorrecto funcionamiento del servicio público de la Inspección Médica. Negada esta relación causa-efecto entre el servicio público y los daños psíquicos y físicos invocados, quedan asimismo desvirtuadas las eventuales consecuencias laborales que de tales

altas deriva la interesada, sin que ni siquiera este extremo haya sido probado por ella.

La subrayada falta de acreditación de la relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público (en este caso, las altas médicas) serviría para rechazar de plano las pretensiones de la reclamante. Pero, incluso entrando a valorar la actuación de la Inspección Médica, se alcanzaría el mismo resultado desestimatorio.

La perjudicada centra su imputación en la actividad inspectora, señalando que en los meses de mayo y julio de 2010 "la Inspección Médica de Avilés" y "la Inspectora", respectivamente, le dan el alta "indebidamente", pues "no ha sido atendida de las enfermedades que padece", no siendo hasta "después de la analítica de septiembre de 2010" cuando "la Inspectora se da cuenta (de) que la que suscribe tenía razón cuando decía que se encontraba mal y que las altas que le dieron fueron indebidas". De su relato de los hechos se deduce como argumento central que el episodio de anemia ferropénica sufrido en el mes de septiembre de 2010, mientras se encontraba en la baja laboral iniciada el 12 de julio de 2010, existía con anterioridad, lo que evidenciaba, según la reclamante, la irregularidad de las altas médicas previamente autorizadas.

Al respecto, hemos de señalar que el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados Aspectos de la Gestión y Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal, establece las funciones y obligaciones de los médicos del respectivo servicio público de salud y de las entidades gestoras de la Seguridad Social o de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social en materia de actos de comprobación, y de seguimiento y control de la prestación económica en las situaciones de incapacidad temporal; regulación desarrollada en la Orden de 19 de junio de 1997.

De la documentación obrante en el expediente se desprende que la reclamante padecía ya desde el año 2006 anemia, así como trastornos depresivos, ansiedad y fibromialgia por los que venía siendo tratada, como

consta en su historial de episodios, en Atención Primaria. De acuerdo con el informe emitido por la Inspección Médica, la anemia ferropénica que presenta en el mes de septiembre de 2010 constituye, por sus cifras (6,6 de hemoglobina), "un problema agudo (sin relación alguna con la patología crónica ya conocida) que se esperaba fuera solucionado con el correspondiente tratamiento" -que incluía la transfusión de concentrados de hematíes, dada la intolerancia al hierro oral que manifestaba la paciente-. Tal y como explica la Inspectora, en ese momento se consideró que estaba "justificada la baja laboral", corroborando el criterio de la médica de Atención Primaria, quien informa que no está "en condiciones de trabajar" por la "astenia (gran cansancio referido) que le produce la anemia".

Tanto el informe como la documentación clínica evidencian que las bajas laborales de los meses de febrero, mayo y julio de 2010 estuvieron motivadas por patologías distintas a la experimentada en el mes de septiembre del mismo año, a saber, "fibromialgia + ansiedad", "ansiedad" y "trastorno depresivo", respectivamente, sin que ofrezca dudas la procedencia de las altas médicas correspondientes ni la corrección de la actuación desarrollada por la Inspección Médica. La primera de ellas, con fecha 3 de mayo de 2010, se produce tras la petición formulada al efecto con fecha 19 de abril de 2010 desde la trabajadora a la Inspección Médica. En dicha solicitud se observa la existencia de "pluripatología crónica" y previa "al alta" en la Seguridad Social, destacando que, dada la ausencia de vida laboral desde el "31-10-06 hasta el alta de fecha 25-01-10", se considera que existe un "intento de compra de prestación en base a patología crónica (fibromialgia), sin reagudización a fecha de baja médica", que tuvo lugar el 26 de febrero de 2010, "a los 20 días" aproximadamente "de la reincorporación laboral tras más de 3 años sin actividad laboral". Respecto a este último periodo mencionado, consta igualmente que con fecha 1 de octubre de 2007 la interesada agotó "la duración máxima de doce meses de la incapacidad temporal" que sufría entonces, si bien se le reconoció una "prórroga expresa con un límite máximo de seis meses", y fue tratada entonces por "ansiedad" y "anemia ferropénica".

Trasladada aquella petición de alta a la médica de cabecera, esta emite el alta por mejoría el 3 de mayo de 2010, si bien con fecha 18 del mismo mes la paciente cursó nueva baja laboral, esta vez por "estado de ansiedad".

El alta médica de 2 de julio de 2010 se produce, según informa la Inspectora Médica, una vez cumplido "el tiempo estándar" de incapacidad temporal previsto en esta patología", procediendo a solicitarse "desde la Inspección el alta o un informe que justifique la necesidad de seguir" en dicha situación, si bien la interesada causa de nuevo baja laboral por "trastorno depresivo" diez días más tarde. A la vista de este nuevo proceso, requerida la médica de Atención Primaria para la emisión de un informe sobre "las circunstancias clínicas que presenta la paciente" y que han propiciado la nueva baja, aquella reitera la existencia de la "patología ya conocida, toda crónica", citándose a la reclamante en la Inspección Médica el día 9 de septiembre de 2010, momento en que esta aporta un informe del Servicio de Hematología del Hospital en el que se constata la gravedad de la anemia.

En definitiva, a la vista de lo anterior, coincidimos con la Inspección Médica en que la paciente fue tratada de las dolencias, de años de evolución, que padecía, como refleja su historia clínica, y que "lo único que ha hecho" aquel Servicio "es cumplir con sus obligaciones" en materia de "revisión de los procesos de baja laboral", de acuerdo con la legislación aplicable, con independencia del reproche que merezca la conducta de la interesada descrita en las propuestas de la mutualista, no desmentida por esta en las alegaciones formuladas tras el trámite de audiencia.

Por último, y pese a la laxitud de la invocación, no podemos dejar de hacer referencia a la pretendida demora en la atención de la fibromialgia, al manifestar la reclamante que "fue atendida más tarde de lo debido". De su exposición únicamente cabe entender que basa tal percepción en que la psiquiatra que la atiende en el centro salud mental "le dice" en el año 2007 "si ha sido vista en alguna ocasión por el reumatólogo (...), que le diagnostica fibromialgia y reuma". Sin embargo, en su historial de Atención Primaria consta ya registrado el día 2 de octubre de 2006 que la paciente padece "dolores de

espalda que no controla”, estando pendiente “RNM” (resonancia nuclear magnética), sin que figuren otras anotaciones hasta el año 2009 (“fibromialgia”), en que se consigna el tratamiento prescrito. Careciendo de otros datos, y de alegaciones por parte de la interesada, podemos concluir que no resulta acreditada la existencia de ningún retraso en el tratamiento de la enfermedad, y menos aún que este tuviera alguna relación con la actuación de la Inspección Médica.

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.