

Expediente Núm. 101/2014
Dictamen Núm. 147/2014

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 19 de junio de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de marzo 2014 -registrada de entrada el día 1 del mes siguiente-, 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 sanitaria prestada por el servicio público de salud y una mutua de accidentes de trabajo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 19 de julio de 2013, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al “Servicio de Salud del Principado de Asturias (...) y Mutua”.

Expone que el día 25 de mayo de 2012 fue “atendido en Urgencias” del Hospital “X” como consecuencia de un “accidente de trabajo” y que se le

diagnostica una "contusión de tobillo izquierdo con herida por erosión", por lo que no se le puede poner férula. Ese mismo día acude a su mutua de accidentes de trabajo y, "contradiendo lo pautado" por el servicio público, se decide como tratamiento "protocolo de yeso". Tras realizar las curas programadas, el día 30 de mayo acude a la mutua con fuertes dolores y en la revisión practicada se aprecia "empeoramiento edema empeine y peroné, escasa mejoría de la herida y dolor".

Manifiesta que el día 2 de junio de 2012 acude al Centro "Y", donde se le aprecia "una infección en la zona afectada", confirmada "el día 4 en la visita a la mutua" y en posteriores visitas al Centro "Y". Indica que, no obstante, "el día 20 de julio de 2012 la doctora de la mutua, pese a los dolores y la persistencia del edema, decide darme el alta médica (...) y sugiere (...) rehabilitación".

Refiere las incomodidades y molestias que ello le acarrea en su puesto de trabajo y que, tras sus quejas, se le realiza una ecografía el 31 de agosto y una resonancia magnética el 6 de septiembre, observándose en ellas un "discreto edema en maléolo externo". Puesto que persistían los "dolores" y el "edema", en marzo de 2013 acude a su "médico de cabecera", que le extiende "baja laboral por contingencias comunes". Por indicación del médico de Atención Primaria acude al Servicio de Traumatología del Hospital "Z", donde se le aprecia, con fecha 30 de mayo de 2013, "la posibilidad de secuelas definitivas del accidente", y el día 8 de junio de 2013 "el médico de cabecera tramita el alta médica".

Posteriormente acude al Servicio de Urgencias del Hospital "V" por dolores de espalda que relaciona con las dificultades de deambulación, y se le diagnostica "tobillo con edema y hematoma", regresando al Servicio de Traumatología del Hospital "Z" que solicita valoración al Servicio de Rehabilitación. Afirma que se encuentra "pendiente de valoración" por el citado Servicio y "en espera de dictamen por el centro de valoración de personas con discapacidad".

A la vista de ello, sostiene que existe un daño imputable a la Administración "en materia de sanidad", tanto de la "Mutua por la mala

praxis de su servicio médico” como “del servicio de Atención Primaria por la falta de diligencia en la atención médica”. Argumenta que la doctora de la mutua “contraviene el protocolo pautado por el Servicio de Urgencias (...), lo cual provoca una infección en la herida (...). A su vez el médico de cabecera (...), a sabiendas de las complicaciones sufridas y mis padecimientos actuales, no considera necesario tratamiento médico alguno, aun existiendo la posibilidad de secuelas que han sido informadas, no valorándose pruebas complementarias”.

Finaliza solicitando “una indemnización por los daños y perjuicios irrogados”, sin proceder a su cuantificación, y que se proceda a la práctica de prueba documental, consistente en la que aporta y que se expida oficio al Hospital “X”, a la Mutua, al Centro “Y” y al Servicio de Salud del Principado de Asturias para que todos ellos aporten “el historial clínico completo del reclamante”.

Adjunta a su escrito una copia de diecinueve documentos que se corresponden con los hitos fundamentales del relato efectuado.

2. Mediante escrito notificado al interesado el 9 de agosto de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica 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.

Aclara que el Servicio de Salud del Principado de Asturias no “asume ninguna obligación ni responsabilidad por la asistencia médica que presten las mutuas a sus asociados, ni (...) tiene ningún poder de dirección ni control sobre las mutuas patronales ni sobre los centros sanitarios privados, por lo que no es posible imputarle responsabilidad alguna como consecuencia del tratamiento médico que le haya sido realizado (...), al no existir acción u omisión alguna por su parte de la que pudiera derivar tal responsabilidad./ Por ello, el expediente que se instruya versará exclusivamente sobre la asistencia prestada por los servicios sanitarios” dependientes del mismo, “careciendo además esta

Administración de legitimación para solicitar pruebas documentales a entidades ajenas a su ámbito de competencia”.

3. Con fecha 11 de septiembre de 2013, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios el informe elaborado por el Médico de Familia del perjudicado, junto con la historia clínica que obra en el centro de salud. En aquel se indica que como consecuencia de un accidente laboral el interesado fue controlado por los servicios de la mutua, que le dio el “alta por mejoría el 20-7-12”. Precisa que acude “de nuevo a su mutua el 12-3-13 por persistencia de la sintomatología”, y que inicia un proceso de incapacidad temporal por contingencias comunes por el que se le da de baja con fecha 13 de marzo de 2013, “derivándose al Servicio de Traumatología”. Refiere que el 20-5-13 recibe “propuesta de alta realizada por su mutua, a través de I. Médica, informando a estas que estamos a la espera de informes de Trauma./ Se da alta por mejoría con fecha 8-6-2013”.

4. El día 4 de noviembre de 2013, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios acuerda denegar la práctica de las pruebas que no guarden relación con el objeto de la reclamación, que debe entenderse limitada a la falta de diligencia “por parte de los servicios de Atención Primaria”. Por tanto, solo se accede a incorporar al expediente la “historia clínica del reclamante existente en el área de Atención Primaria”.

Dicho acuerdo se notifica al interesado el día 13 de noviembre de 2013.

5. Con fecha 6 de noviembre de 2013, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. Frente a las afirmaciones del interesado sobre la falta de diligencia del médico de Atención Primaria, concluye que este “actuó correctamente al ponerse en contacto con la Inspección Médica para valorar la conveniencia de una baja por contingencias comunes (había existido anteriormente una baja por accidente de

trabajo con características similares). Tras darle de baja”, el médico de Atención Primaria “lo envió al Servicio de Traumatología (...) para ‘valoración y seguimiento’./ El traumatólogo no consideró, en un principio, que el paciente necesitase ningún tipo de tratamiento”. Al recibir el médico de Atención Primaria “la propuesta de alta de la mutua esperó a recibir el informe de valoración del Servicio de Traumatología, procediendo a extender el alta a la vista” del informe de ambos. En consecuencia, considera que la reclamación “debe ser desestimada”.

6. Mediante escritos de 8 de noviembre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite una 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 12 de diciembre de 2013, emite informe un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, a instancia de la entidad aseguradora. En él, tras detallar los hechos y efectuar diversas consideraciones médicas, concluye que el reclamante sufrió un “accidente laboral (...) que le provocó, ante todo, una herida por abrasión (...). Fue curado el mismo día en dos ocasiones, primero en el H. ‘X’ y después” en su mutua, “coincidiendo en el diagnóstico. En ambas ocasiones se le realizaron radiografías que no mostraron fracturas. El tratamiento realizado fue el correcto (...). A los pocos días la herida presentó una infección superficial que fue correctamente tratada. Retirada la férula realizó tratamiento rehabilitador y causó alta laboral por mejoría (...). Dos estudios ECO y una RM no mostraron patología significativa, tan solo edema discreto en maléolo peroneo (...). Pasado un año del accidente al parecer persistía cierta inflamación residual en la zona, siendo tratado entre su centro de salud y el H. ‘Z’, con el diagnóstico de lesiones residuales postraumáticas, lo que, indudablemente, era cierto, pero no causa de limitación laboral alguna”.

A la vista de ello, concluye que “la praxis llevada a cabo con motivo del accidente laboral sufrido (...) ha sido totalmente correcta y ajustada a *lex artis*,

siéndole realizadas las pruebas diagnósticas oportunas en los momentos debidos. Si al año persistía una situación de edema residual se debe considerar como una secuela leve, consecuencia única del tipo de traumatismo sufrido, nunca de una mala praxis; secuela que, estoy seguro, desaparecerá con el paso del tiempo”.

8. Con fecha 15 de enero de 2014, un despacho privado de abogados suscribe un informe a instancias de la entidad aseguradora.

Afirman, en primer lugar, que “la eventual responsabilidad” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “quedaría limitada a la asistencia del médico de Atención Primaria. Pero ninguna responsabilidad por esta presunta negligencia médica producida en el seno de la asistencia prestada por la Mutua” cabe imputarle, “sino que esta responsabilidad, en su caso, será exclusiva de la citada mutua patronal”.

Tras señalar que “la actuación médica, tanto por parte de la mutua patronal como por parte del Sespa fue diligente y conforme a *lex artis*, sin que contra la misma pueda realizarse reproche alguno”, concluyen que el daño alegado (dolores y edema) “ni se encuentran relacionados con el tratamiento dispensado, ni en la historia clínica se determina la existencia de ese necesario nexo causal”. Asimismo, ponen de relieve que el interesado no cuantifica la reclamación ni “se concretan los parámetros en base a los cuales se peticiona”, por lo que “no procede indemnización alguna, pues no solo corresponde al reclamante acreditar el necesario nexo causal entre el daño y el tratamiento, sino también concretar y determinar cuáles son los perjuicios reclamados”.

9. Mediante escrito notificado al interesado el 11 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Además, le requiere para que, en el mismo plazo, especifique “la evaluación económica del daño o perjuicio causado”.

El día 24 del mismo mes, el reclamante presenta un escrito en el que se limita a fijar la indemnización solicitada, cuantificándola en treinta y cinco mil euros (35.000 €), sin aportar ninguna otra precisión sobre los daños reclamados o las bases del cálculo.

10. Con fecha 12 de marzo de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que "la asistencia prestada (...) fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Se han puesto a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología requería en cada momento. Es cierto que persistían secuelas del accidente laboral, pero en absoluto incapacitaban al paciente para su vida laboral./ Visto lo anterior, no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados", por lo que propone "desestimar la reclamación".

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de marzo de 2014, 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 y la Mutua están pasivamente legitimados en cuanto titulares de los respectivos servicios sanitarios frente a los que se formula reclamación, integrados ambos en el Sistema Nacional de Salud.

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 19 de julio de 2013, y, aunque el proceso asistencial contra el que va dirigida se inició el 25 de mayo de 2012 como consecuencia de un accidente laboral, no fue dado de alta por la mutua hasta el 20 de julio de 2012. Teniendo en cuenta esa fecha y que luego es dado nuevamente de baja -ahora por contingencias comunes- entre el 13 de marzo y el 8 de junio de 2013, proceso contra el que también reclama, es claro que aquella 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 -entre los que se encuentran las mutuas patronales- y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En el supuesto que analizamos se postula por parte del interesado una aparente concurrencia de dos sujetos (el servicio público de salud y la mutua patronal) en la causación de un daño. Si tal concurrencia efectivamente existiera la Administración ante la que se plantea la reclamación habría de resolver todas las cuestiones planteadas, y, en consecuencia, debería pronunciarse sobre la responsabilidad de cada una de las "administraciones" (en sentido propio la Administración del Principado de Asturias y en sentido lato la mutua patronal, dado que, según viene reiterando el Tribunal Supremo, las mutuas patronales "realizan su labor prestando un servicio público por cuenta del Sistema Nacional de Salud" -por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2011, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª-), dando audiencia y participación en el procedimiento a la mutua afectada, a tenor de lo dispuesto en el artículo 1.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, en relación con lo establecido en el artículo 140.2 de la LRJPAC sobre "responsabilidad concurrente de las Administraciones Públicas".

Ahora bien, en este caso concreto, tal y como razonaremos en la consideración sexta, dicha concurrencia no existe, dado que el interesado reacciona frente a dos atenciones distintas y por diferentes motivos. Por ello, en aplicación de la normativa citada, consideramos que la tramitación ha sido correcta y que 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, 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.- En el presente caso, el interesado fundamenta su reclamación en lo que considera un anormal funcionamiento de la asistencia prestada, tanto por la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como por el centro de Atención Primaria del servicio público sanitario.

El daño, confusamente alegado, parece circunscribirse a la persistencia en el tiempo de "secuelas" consistentes en "dolor" y "edema" en el tobillo izquierdo, lo que, al decir del informe emitido a instancias de la entidad aseguradora, serían "lesiones residuales postraumáticas" que se dan por ciertas, aunque se niega su carácter definitivo.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario, o de las entidades integradas en él, 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 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 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.

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 en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de

responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

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.

Pese a que el interesado plantea artificialmente una aparente concurrencia en la producción de un único daño por parte de ambos servicios sanitarios, lo cierto es que pueden distinguirse las imputaciones que realiza a cada uno de ellos, y, por lo que se refiere a la tacha al servicio público, ninguna relación guarda su funcionamiento con el proceso asistencial prestado por la mutua, por lo que no cabe apreciar la concurrencia postulada.

En efecto, según su relato, imputa a la mutua la aparición de una infección en la herida (al poner una férula de yeso) y un alta "precipitada" (el día 20 de julio de 2012), pese a los "dolores continuos y el edema que empeora al caminar y permanecer de pie". Ante la persistencia de tales síntomas -y, por lo que parece, también ante la falta atención que demandaba de su mutua-, acude 8 meses después del alta a su médico de Atención Primaria, quien, con fecha 13 de marzo de 2013, le da de baja por contingencias comunes y solicita una consulta al Servicio de Traumatología. A la vista de los informes emitidos, le da nuevamente de alta el 8 de junio de 2013. En este caso la tacha, exclusivamente planteada respecto a la actuación del "médico de cabecera", consiste en que "no considera necesario tratamiento médico alguno, aun existiendo la posibilidad de secuelas que han sido informadas, no valorándose pruebas complementarias".

Resumido así el complejo relato que aporta el interesado, es evidente que nos encontramos ante dos procesos asistenciales formal y materialmente diferentes, el primero ejecutado por su mutua como consecuencia de un accidente laboral y el segundo prestado por el centro de salud correspondiente

a causa de una contingencia común -si bien esta (dolor y edema) pudiera tener su origen remoto en un traumatismo laboral-. Por ello, si cuando el perjudicado acude a su médico de Atención Primaria sufre unas concretas secuelas no puede dudarse -como reconoce él mismo- que las mismas, de poder ser imputadas a una asistencia irregular, tendrían su origen en la prestada por la mutua, concretamente en el "alta precipitada" que se le da y -acaso- agravadas por la infección de la herida.

El reclamante no aporta prueba alguna que relacione esas "secuelas" con la actuación de la mutua, y, al contrario, los informes incorporados al expediente sostienen que son las propias del traumatismo, no del tratamiento pautado, que habría sido correcto en todo momento, sosteniendo igualmente que se trata de secuelas temporales. Sea como fuere, temporales o definitivas, cuando acude al centro de salud ya las padece, y en ese momento el facultativo responsable se limita a seguir las indicaciones del servicio especializado. Por tanto, si no se objeta la asistencia prestada por los servicios especializados, ninguna tacha cabe efectuar a los servicios de Atención Primaria, quienes atienden todas las consideraciones de aquellos, derivando al paciente hacia la atención fisioterápica. En definitiva, las secuelas a que alude el perjudicado aparecerían con antelación a la actuación del servicio público del centro de salud y habrían sido causadas, según su propio relato, por una actuación irregular de los servicios de la mutua. Puesto que la Administración del Principado de Asturias no es responsable, ni directa ni indirectamente de la actividad sanitaria de las mutuas, la indemnización a la que crea tener derecho ha de ser exigida directamente ante la mutua correspondiente, dado que en este caso no existe concurrencia alguna con la actuación del servicio público sanitario -el centro de salud- al que se refiere.

En último extremo, cabe entender que lo que el interesado realmente imputa al servicio público es que no le haya prolongado la situación de baja laboral pese a la alegada persistencia de secuelas; es decir, que reacciona frente al alta por considerar que no se encuentra en condiciones de trabajar. Sin embargo, si ello fuera así no cabría acudir a una vía oblicua de

responsabilidad patrimonial frente a un daño (las secuelas) no causado en el centro de Atención Primaria, sino que debería reaccionar frente al alta por los medios dispuestos en derecho.

Por tanto, hemos de concluir -en términos coincidentes con la propuesta de resolución- que “la asistencia sanitaria prestada (...) fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Se han puesto a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos que la patología requería en cada momento”, por lo que procede la desestimación de la reclamación.

La anterior conclusión nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

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.