

Dictamen Núm. 249/2020

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 5 de noviembre de 2020, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 4 de septiembre de 2020 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en el servicio público sanitario y en la mutua de accidentes de trabajo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 10 de junio de 2019, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia recibida en el servicio público sanitario y en la mutua de accidentes de trabajo.

Indica que el 18 de julio de 2018 “sufrió un accidente de trabajo” y fue trasladada al Hospital, siendo atendida por el Servicio de Urgencias, donde se le diagnostica una “probable rotura fibrilar” y se la remite a su médico de Atención Primaria.

Refiere que al tratarse de un accidente laboral es “derivada a su mutua de accidentes de trabajo (...), que en fecha 1 de agosto de 2018 procedió a realizar una resonancia nuclear magnética” en la que se aprecian una serie de lesiones, precisando que el traumatismo sufrido en su miembro inferior derecho “le ha producido arrancamiento completo del tendón conjunto de los músculos isquiotibiales que van desde la pelvis hasta la tibia./ Estos músculos son los responsables principales de la extensión de la cadera y fundamentalmente de la flexión de la rodilla./ La asistencia que se le pautó a la reclamante fue conservadora, presentando en el momento actual una retracción importante de los vientres musculares por su elasticidad que la hacen irreparable (...). Ello le ha causado una limitación para la extensión de la cadera y de la flexión de la rodilla que le limita de manera muy importante”. Manifiesta que a “esta lesión (...) se une la existencia de una afectación del nervio ciático poplíteo interno”, y alude a la existencia de un daño moral además de las limitaciones físicas.

Considera que “la atención médica prestada (...) no ha sido la correcta, dado que una lesión de escasa entidad, por la incorrecta asistencia médica, le ha causado unas graves limitaciones físicas”, habiendo sido declarada en situación de invalidez permanente total para su profesión habitual.

Fija el *quantum* indemnizatorio en treinta y dos mil doscientos sesenta y siete euros con cincuenta y tres céntimos (32.267,53 €), que desglosa en los días en que estuvo en situación de incapacidad temporal y las secuelas que se determinan en la declaración de invalidez permanente total.

Acompaña copia, entre otros documentos, de los siguientes: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 18 de julio de 2018, en el que se recoge “caída casual mientras trabajaba con dolor en cadera y cara posterior de muslo derecho (...). No dolor en apófisis espinosas, no dolor en ambas caderas a la palpación. Pelvis estable. Dolor a la palpación en cara posterior de muslo derecho. Lassegue y Bragard negativo”, haciéndose constar la práctica de “Rx lumbar, Rx pelvis” sin alteraciones. Se establece el diagnóstico de “probable rotura fibrilar” recomendando reposo relativo, la aplicación de calor local, fármacos y control por el médico de cabecera. b) Informes de la Clínica, de 1 y 24 de agosto de 2018, en los que figura el diagnóstico de extensa rotura con desinserción y retracción distal de los tendones de los músculos porción

larga bíceps, semitendinoso y semimembranoso, y edema muscular. c) Hojas de notas de progreso del Hospital, de 22 de febrero de 2019, en las que se refleja "neuropatía periférica M (...) con dolor neuropático en cara posterior de muslo dcho. (Unidad Dolor -enviada por mutua- (...). Ante su desesperación acude a un traumatólogo privado que le recomienda infiltraciones factores plaquetarios y, si no mejora, neurolisis ciática. Solicita 2.ª opinión". Se reseña que "se le pautó tratamiento rehabilitador que hizo en la Seguridad Social y en mutua (...). Tratamiento no efectivo por lo que la derivan a la Unidad del Dolor de la misma mutua laboral (...). Deambula con bastones ingleses. Refiere dolor continuo en región posterior del muslo irradiado a miembro inferior derecho (...). Parestesias en pie derecho./ Claudicación en la marcha", y se describen las limitaciones funcionales que presenta, mencionándose como "plan" que "sería conveniente la realización de una EMG para valorar el posible daño neurológico./ Control por su mutua laboral". d) Informe de la Fundación, de 3 de marzo de 2019, relativo a un estudio neurofisiológico por "neuritis del nervio ciático común derecho, secundaria al traumatismo directo más el hematoma secundario". e) Diversa documentación de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

2. El día 1 de julio de 2019, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto traslada a la mutua la reclamación presentada por la interesada y le concede un plazo de diez días para que formule las alegaciones que estime pertinentes.

3. Mediante oficio de 2 de julio de 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo para resolver y el sentido del silencio administrativo.

4. Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios, el día 12 de julio de 2019 el Gerente del Área Sanitaria I le remite el informe elaborado por el Coordinador de Urgencias del Hospital con fecha 10 de

ese mismo mes y una copia del informe relativo a la asistencia prestada el 18 de julio de 2018.

El Coordinador de Urgencias del Hospital afirma que la paciente fue atendida en dicho centro el día 18 de julio de 2018, y que "en el informe efectuado por el médico que la atendió constan correctamente reflejadas la historia, con las circunstancias del accidente, la exploración física y las exploraciones complementarias realizadas. Figura también la impresión diagnóstica y se prescribe el tratamiento inicial. Se indica expresamente la necesidad de seguimiento del proceso por personal médico. Y se rellenan los impresos reglamentarios en casos de accidente laboral./ Considero, por tanto, que la actuación en el Servicio de Urgencias del Hospital fue correcta, ya que se pusieron los medios adecuados y se indicó la forma de hacer el seguimiento para vigilar la evolución y realizar las pruebas complementarias e interconsultas que fueran resultando necesarias".

5. El día 27 de enero de 2020, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que refiere ampliar la reclamación de responsabilidad patrimonial argumentando que "se ha dirigido a los médicos del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) solicitando tratamiento médico, que ha sido sistemáticamente desestimado alegando que el responsable del tratamiento de la compareciente es la mutua de accidentes de trabajo (...). Por dicho motivo se ha dirigido a la mencionada mutua en la que sistemáticamente se le deniega el tratamiento que precisa, con lo que están agravando las secuelas físicas que presenta (...). Debido a la desatención (...) ha tenido que recurrir a consultas de médicos de la sanidad privada, en las que se le ha pautado que precisa ser sometida a (intervención quirúrgica) descompresiva del ciático común derecho en un breve plazo, ya que en caso contrario y por el tiempo transcurrido desde el accidente laboral se produciría la atrofia total de dicho nervio (...). Dicho atrapamiento del nervio ciático derecho está igualmente diagnosticado por la sanidad pública, pero no se adopta ninguna medida". Explica que el coste de la intervención mencionada asciende a 60.000 € y que "precisaría obtener un préstamo", lo que "le supondrá un grave perjuicio patrimonial del que intentará resarcirse, y que quiere denunciar

antes de su desembolso para que se tomen las medidas oportunas para que se evite”.

Añade que entre las secuelas del accidente laboral figura “incontinencia de la orina por vejiga hiperrefléxica postraumática por caída” que “debe ser controlada para evitar daño de la vía urinaria alta por reflujo vésico ureteral, sin que hasta la fecha se haya adoptado ninguna medida”.

Adjunta copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica de la Fundación, de 3 de diciembre de 2019, en el que se deja constancia de la mala evolución del cuadro y que “está pendiente de valoración (...) de (intervención quirúrgica) descompresiva y la mutua está pendiente de implantación de neuroestimulador para control del dolor neuropático”. b) Informe radiológico de la exploración practicada el 18 de diciembre de 2019. c) Informe del Servicio de Urología del Hospital de 13 de enero de 2020, sobre vejiga hiperrefléxica post traumatismo, en el que se señala que está “pendiente estudio de electromiografía del nervio pudendo”. Concluye que “debe ser controlada para evitar daño en la vía urinaria alta por reflujo vésico ureteral”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 5 de febrero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita a la interesada que aclare la cuantificación económica de su reclamación, una vez recibido el escrito de ampliación de la misma.

7. El día 10 de febrero de 2020, la reclamante presenta un escrito en el que reitera que “por la sanidad privada se le ha diagnosticado que precisa ser sometida a (intervención quirúrgica) descompresiva del ciático común derecho” y que “dicha intervención se le ha denegado sistemáticamente por el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y por la mutua de accidentes de trabajo (...). Que lo que pretende (...) es que se le practique dicha intervención para evitar la atrofia del ciático común derecho” cuyo coste en el ámbito privado asciende a 60.000 €, y que “en el caso de que dicha petición de asistencia sanitaria siga siendo denegada por la sanidad pública se someterá a intervención por la sanidad privada e incrementará la petición de indemnización

en la cantidad de 60.000 euros, que se sumarán a la cantidad inicialmente reclamada de 32.267,53 euros”.

8. Con fecha 26 de diciembre de 2019 emite informe pericial una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración en el que se concluye que procede la desestimación de la reclamación presentada. Subraya que esta se dirige “de manera indistinta” al Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la mutua de accidentes laborales, no siendo factible la valoración de la totalidad del proceso presentado por la paciente, dado que no se ha aportado documentación que informe sobre la asistencia prestada por la mutua, quedando acreditado que la asistencia prestada por el Servicio de Salud del Principado de Asturias “fue adecuada y ajustada a protocolos”.

9. Mediante oficio notificado a la interesada el 1 de abril de 2020, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitaria comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 8 de junio de 2020, presenta aquella un escrito en el que solicita una copia del expediente ante la imposibilidad de acudir a las dependencias que se le indican para su examen.

El 15 de junio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le remite una copia íntegra del expediente y le concede un nuevo plazo de quince días, a contar desde el siguiente a su recepción -que se produce el 23 de ese mismo mes-, para que presente las alegaciones que estime oportunas.

10. Con fecha 14 de julio de 2020, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos expuestos en su reclamación inicial, reiterando que “debido a que sufre unas importantes limitaciones físicas se ha dirigido a los médicos” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “solicitando tratamiento médico, que ha sido

sistemáticamente desestimado alegando que el responsable del tratamiento de la compareciente es la mutua de accidentes de trabajo”, y solicita ser indemnizada “por los daños” sufridos y “por el daño moral que le ha causado la deficiente atención” por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

11. El día 27 de julio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas suscribe propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en la falta de legitimación pasiva del Servicio de Salud del Principado de Asturias. En ella señala que “la reclamación está dirigida de manera indistinta contra la Administración del Principado de Asturias y la mutua de accidentes de trabajo”, y que “la asistencia prestada (...) en Urgencias del Hospital se limitó a una asistencia de urgencia en la que se sospechó una posible lesión fibrilar que requería el seguimiento y tratamiento por su mutua de accidentes de trabajo. Fue precisamente durante la asistencia prestada por la misma cuando se estableció el diagnóstico y se decidió el tratamiento a seguir, sin que el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) haya tenido intervención alguna en el mismo”.

Concluye que la reclamante pretende imputar al Servicio de Salud del Principado de Asturias “la obligación de atenderla por iniciativa propia para paliar la presunta desatención o errores asistenciales cometidos por la mutua de accidentes laborales. La Administración sanitaria no tiene responsabilidad alguna derivada de la asistencia prestada por una entidad totalmente ajena a la misma”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de septiembre de 2020, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin una copia autenticada del mismo en soporte digital.

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, de conformidad con 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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.

Respecto a la legitimación pasiva del Principado de Asturias, debemos analizar el supuesto ante el que nos encontramos, pues la reclamación se encabeza indicando que se presenta "por el mal funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de la mutua de accidentes de trabajo". Habiendo quedado acreditado en el expediente que la reclamante ha recibido asistencia sanitaria tanto por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias como de la mutua de accidentes de trabajo, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado en lo que se refiere a la actuación de los servicios públicos intervinientes. Sin embargo, el Principado de Asturias carece de legitimación pasiva respecto a la asistencia prestada por la mutua de accidentes de trabajo, entidad colaboradora que actúa en los términos establecidos en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que en su artículo 80 define las mutuas colaboradoras como asociaciones privadas que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, llevando a cabo una serie de actividades entre las que figura la asistencia sanitaria, incluida la

rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Este órgano consultivo viene manteniendo que las mutuas han de responder directamente de los posibles daños o perjuicios causados en el curso de su actividad asistencial, dado que son entidades privadas dotadas de personalidad jurídica propia que no forman parte de la Seguridad Social (por todos, Dictamen Núm. 249/2011). Al respecto, como ha señalado el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en su Sentencia de 27 de mayo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1435- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), “ni el SESPA asume ninguna obligación ni responsabilidad por la asistencia médica que presten las mutuas a sus asociados, ni Fraternidad-Mudrespa, donde fue asistido el actor, es una entidad perteneciente al SESPA, ya que es de carácter privado, ni el SESPA 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 asistencial que le haya sido realizado al actor”.

Ahora bien, compartiendo la afirmación recogida en la propuesta de resolución de que “la Administración sanitaria no tiene responsabilidad alguna derivada de la asistencia prestada por una entidad totalmente ajena a la misma”, en el caso examinado ha quedado acreditada no solo una primera asistencia sanitaria de urgencia -cuya adecuación a la *lex artis ad hoc* habrá de ser analizada a la luz de lo alegado por la interesada-, sino también otra posterior relacionada con la supuesta negativa a dispensarle un determinado tratamiento; actuación que se solapa con la de la mutua interviniente.

Por ello, consideramos que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula la reclamación en la parte correspondiente a la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos sanitarios, en los términos expuestos, no pudiendo apreciarse legitimación en relación con aquellas imputaciones contenidas en la reclamación que se dirigen a la actuación de los servicios médicos de la mutua.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 10 de junio de 2019, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -la asistencia sanitaria prestada como consecuencia de un accidente laboral- el día 18 de julio de 2018, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado. El 27 de enero de 2020 la interesada amplía su pretensión a una supuesta “desatención” del servicio público en los meses inmediatamente anteriores a la fecha de presentación del nuevo escrito, por lo que, respecto al novedoso daño que se invoca, también se acciona en plazo.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que la interesada solicita una indemnización por los daños derivados de la asistencia sanitaria prestada por los servicios públicos, en concurrencia con los recibidos en su mutua, así como por la negativa de ambos a dispensarle un determinado tratamiento.

La efectividad del daño resulta acreditada por cuanto que la perjudicada se encuentra en una situación de incapacidad permanente que anuda al tratamiento conservador dispensado por los servicios públicos sanitarios de urgencia en concurrencia con los de la mutua. Sin embargo, debe rechazarse la realidad del daño que la reclamante vincula a la negativa de los servicios públicos sanitarios a aplicarle un determinado tratamiento, en particular, “una (intervención quirúrgica) descompresiva del ciático común derecho en un breve plazo”. En tanto que dicho tratamiento ha sido sugerido por la sanidad privada, a quien aquella acude voluntariamente, y no por los servicios públicos sanitarios, que si bien constatan un atrapamiento del nervio ciático derecho reseñan que la paciente “está pendiente de valoración (...) de (intervención quirúrgica) descompresiva”, así como de “estudio de electromiografía del nervio pudiendo”, resulta evidente que no puede reputarse como real o cierto ningún daño a este respecto. No consta que la perjudicada se haya sometido en la medicina privada a la cirugía descompresiva que entiende procedente y por cuyo coste reclama, ni que la cirugía “descompresiva” haya sido desechada por la mutua y posteriormente por la sanidad pública, por lo que no procede analizar ahora si ese hipotético rechazo es o no ajustado a la *lex artis*. Tampoco se atisba una situación de desatención o abandono, pues consta que la mutua sigue la evolución de la enferma y valora la “implantación de neuroestimulador para control del dolor neuropático”, sin que incumba al servicio público revisar o supervisar las decisiones de los facultativos de la mutua.

Acotado, en consecuencia, el reproche a los servicios públicos sanitarios a los posibles daños asociados a la atención prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital el día 18 de julio de 2018, cuando la interesada acude como consecuencia de un accidente laboral, debemos comenzar señalando que, como ya tenido ocasión de manifestar este Consejo Consultivo

(por todos, Dictamen Núm. 135/2018), la asistencia sanitaria pública 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 en el contexto de las circunstancias apreciadas en cada caso. 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.

En el supuesto examinado se observa que el Servicio de Urgencias atiende a la paciente tras un accidente laboral, constando en la documentación clínica las circunstancias del mismo, la exploración física y las exploraciones complementarias realizadas, junto a la impresión diagnóstica y la prescripción de un tratamiento inicial. Tal como constata en su informe el Coordinador de Urgencias del Hospital, se le indica a la paciente la necesidad de seguimiento del proceso por personal médico y se cumplimentan los impresos reglamentarios en casos de accidente laboral, derivándola a su mutua. En definitiva, en lo que atañe a los limitados cometidos que incumben en este caso a la sanidad pública en este nivel asistencial, ha de concluirse que la actuación

en el Servicio de Urgencias fue la adecuada, ya que se pusieron a disposición de la accidentada los medios pertinentes, remitiéndola al tratamiento por su mutua como corresponde e indicándole vigilar la evolución y realizar las pruebas complementarias e interconsultas que, en su caso, fueran necesarias.

Aunque la imputación formulada por la reclamante es genérica e imprecisa, y carece de soporte pericial alguno, puede colegirse que la mala praxis denunciada se vincula al tratamiento conservador seguido en la mutua, que no corresponde aquí enjuiciar. La perjudicada apunta a una pérdida de oportunidad terapéutica por cuanto su estado actual podría ser otro de haberse llevado a cabo otra intervención inicial, pero esa elección -acertada o no- entre un tratamiento conservador o una cirugía incumbía a la mutua que le asistía, sin interferencia de la sanidad pública.

En efecto, tal como se constata en el informe del Servicio de Urgencias, la reclamante acude por "caída casual mientras trabajaba con dolor en cadera y cara posterior de muslo derecho (...). No dolor en apófisis espinosas, no dolor en ambas caderas a la palpación. Pelvis estable. Dolor a la palpación en cara posterior de muslo derecho. Lassegue y Bragard negativo", practicándosele "Rx lumbar, Rx pelvis" que no muestran alteraciones, y estableciéndose el diagnóstico -acertado- de "probable rotura fibrilar", con las indicaciones oportunas. En estas circunstancias, no podemos sino coincidir con la propuesta desestimatoria de la Administración cuando aprecia que "la asistencia prestada (...) en Urgencias del Hospital se limitó a una asistencia de urgencia en la que ya se sospechó una posible lesión fibrilar que requería el seguimiento y tratamiento por su mutua de accidentes de trabajo", siendo en el curso de esa asistencia por la mutua cuando se decide el tratamiento a seguir, "sin que el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) haya tenido intervención alguna en el mismo".

En definitiva, la actuación sanitaria de urgencias fue adecuada a la situación clínica que presentaba la paciente y consecuente, además, con la naturaleza laboral del percance, al derivar el tratamiento a seguir a lo que pautara la entidad privada que daba cobertura a su demanda asistencial. La documentación obrante en el expediente solo da cuenta de una actuación correcta de los profesionales del Servicio de Urgencias y del seguimiento de la

paciente por el servicio público sanitario, sin que conste que se haya sometido a una intervención denegada por su mutua y por el servicio público.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.