

Dictamen Núm. 14/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de enero de 2026, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 6 de noviembre de 2025 -registrada de entrada el día 13 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, dirigida al reintegro de los gastos de asistencia en la sanidad privada, a la que acudió ante la supuesta negativa a atender las lesiones derivadas de un atropello.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 9 de julio de 2025, el interesado presenta a través del Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud, por los daños y perjuicios que atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Refiere que, el 21 de marzo de 2023, fue trasladado en ambulancia al Hospital, tras ser atropellado en la vía pública. En el Servicio de Urgencias hospitalarias le diagnostican “una fractura diafisaria de tercio superior de

húmero izquierdo y fractura de radio distal izquierdo” pero, según refiere, se le “deniega cualquier asistencia o tratamiento médico más allá de la escayola” y le remiten a la compañía de seguros. Como consecuencia de ello, manifiesta que tuvo que acudir a la sanidad privada, donde le realizaron la intervención quirúrgica que precisaba.

Señala que la compañía de seguros del vehículo que causó el atropello le ha indemnizado en la cuantía de 25.000 €, lo que supone “el 50 % de los daños sufridos”, que desglosa en 11.171,40 € en concepto de gastos médicos y 13.828,60 € por las lesiones sufridas. Considera que los gastos correspondientes a la prestación sanitaria (11.171,40 €) deben ser abonados, ya que “se ha denegado indebidamente, y en una situación de riesgo vital, la asistencia” sanitaria.

Adjunta una copia del atestado instruido por la Policía Local de Oviedo con motivo del accidente sufrido, diversa documentación médica relativa al proceso de referencia, varias facturas correspondientes a la atención en la sanidad privada por la cantidad reclamada, la documentación relativa a la petición de conciliación frente a la aseguradora del vehículo y el recibo de la indemnización cobrada.

2. Mediante oficio de 16 de julio de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere al interesado para que, en el plazo de diez días, remita la reclamación firmada, o bien acredite la representación de la persona que firma digitalmente el escrito, indicándole que, de no recibirse contestación en el plazo señalado, se le tendrá por desistido.

El día 25 del mismo mes, se registra de entrada el escrito de reclamación presentado inicialmente, debidamente firmado por el perjudicado.

3. Con fecha 28 de julio de 2025 se comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación, el nombramiento de instructora y su régimen de

recusación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 14 de agosto de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y del informe solicitado. El Jefe de Servicio en funciones del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital emite un informe con fecha 11 de agosto de 2025, en el que se recoge la atención dispensada al interesado el día del accidente. Señala que, una vez realizada "una anamnesis y exploración física concienzuda", sí se solicitaron pruebas de imagen e interconsulta al Servicio en cuestión y se prestó "la atención requerida por sus lesiones". Añade que, "tras la correspondiente manipulación y movilización, se le realizan nuevas radiografías de control en las que se aprecia adecuada reducción y la alineación de las fracturas, con lo que posiblemente se podría haber considerado el tratamiento conservador, no quirúrgico, como tratamiento definitivo". Defiende que "en ningún momento hay una negación a la atención y al tratamiento de sus lesiones" y "se le prestó la asistencia sanitaria urgente e inmediata".

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe técnico de evaluación emitido por la Instructora. Considera que, cuando el interesado conoció la necesidad de someterse a una cirugía, "tenía la posibilidad de acudir a la sanidad pública para comunicar los hallazgos de las pruebas de imagen y acometer la cirugía en la sanidad pública, sin embargo, no consta dicha comunicación ni la denegación de asistencia secundaria. Ulteriormente se le indicó tratamiento rehabilitador, no constanding tampoco comunicación del mismo a la sanidad pública". Concluye que, en este caso, "no puede apreciarse denegación ni deficiencia en la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias del (Hospital), que realizó tratamiento urgente de las fracturas con indicaciones de seguimiento de las mismas por la mutua de accidentes y, en caso de complicaciones, acudir al referido Servicio de Urgencias".

6. Terminada la instrucción y notificada la apertura del trámite de audiencia al reclamante, el 2 de octubre de 2025 presenta en una oficina de correos un escrito, por medio del cual alega que la lesión que sufrió “fue traumática compleja (hombro roto) con fracturas que precisaron de manera inmediata y urgente intervenciones quirúrgicas y posterior fisioterapia, lo que pone en tela de juicio la interpretación que se hizo del citado diagnóstico, el tratamiento conservador no solo no habría servido para nada sino que habría empeorado mi situación”. Insiste en que se le denegó la asistencia médica que precisaba, lo que le generó “una situación de riesgo pues, habida cuenta que el ‘tratamiento conservador’ no fue en absoluto adecuado podría, de no haber acudido a la sanidad privada, perder el hombro”.

7. Con fecha 10 de octubre de 2025, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con fundamento en lo razonado en su previo Informe Técnico de Evaluación, concluye que, “en base a la documental obrante en el expediente y a falta de pericial de parte que la contradiga, se ha seguido el criterio indicado para su proceso y la asistencia se ha realizado conforme a la *lex artis*”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de noviembre de 2025, 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, 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, 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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- 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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 del informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Finalmente, se aprecia que, a la fecha de emisión del dictamen por este Consejo Consultivo, se habría 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.

CUARTA.- 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 concurren, al

menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se pretende el resarcimiento de los gastos satisfechos en la medicina privada, a la que el reclamante acude ante la supuesta falta de atención en el Servicio de Urgencias del Hospital, donde fue atendido tras sufrir un atropello en la vía pública.

El primero de los requisitos que han de concurrir para que la reclamación prospere es, tal como se razona en la consideración anterior, el ejercicio de la acción en plazo. Al respecto, 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 expediente examinado, el interesado imputa al servicio público sanitario una deficiente asistencia sanitaria con ocasión del tratamiento de una fractura de húmero y radio izquierdo. En concreto, el reclamante sostiene que, tras ser atropellado en la vía pública, fue atendido en un hospital público donde la asistencia recibida se limitó a la inmovilización de la fractura, debiendo acudir por su cuenta a la medicina privada, donde le indicaron la necesidad de someterse a una cirugía que, según refiere, tuvo que costear él mismo.

En este contexto, de la documentación obrante en el expediente se desprende que el accidente (y primera atención en el hospital público) tuvo lugar el día 21 de marzo de 2023 y que, posteriormente, acude a una clínica privada donde -el día 31 de ese mismo mes- le realizan una intervención quirúrgica de osteosíntesis. Asimismo, consta que el 25 de octubre de 2023

precisa una nueva intervención para retirada de la placa de la muñeca. El 26 de diciembre de 2023 inicia tratamiento rehabilitador que finaliza el 26 de marzo de 2024 (folio 52 del expediente), siendo alta el día 11 de abril del mismo año, al considerar el traumatólogo “agotadas las posibilidades de mayor recuperación funcional” (folio 47). Asimismo, consta un informe de la clínica de fisioterapia, de fecha 12 de abril de 2024, en el que dan “por finalizadas las sesiones quedando ciertas secuelas en el hombro y muñeca, ambos izquierdos, operados” (folio 48). A la vista de los datos expuestos, no ofrece duda que, a fecha 12 de abril de 2024, el proceso de curación se había completado, estableciéndose entonces las secuelas derivadas de las fracturas con la suficiente determinación. Al respecto, no cabe desconocer que el propio afectado se refiere a la fecha en que finaliza el tratamiento rehabilitador como “estabilización” (folio 5). Tanto si se fijase el *dies a quo* en la fecha de finalización del tratamiento rehabilitador (Dictámenes Núm. 113/2023 y 53/2024) o en la de comunicación al perjudicado de la consolidación de las lesiones (Dictámenes Núm. 249/2022, 286/2022 y 196/2023), nos encontramos en el mes de abril de 2024, por lo que la reclamación de responsabilidad patrimonial, formulada el 9 de julio de 2025 sería extemporánea.

Ahora bien, en rigor, la prescripción ha de examinarse con referencia al daño por el que se reclama -no a su causa más o menos próxima- y, en este caso, lo reclamado son los gastos correspondientes a la prestación sanitaria (11.171,40 €), menoscabo patrimonial que el reclamante sufre en el momento en el que abona esos gastos. En efecto, se aportan, para su justificación, diferentes facturas y resguardos de pagos realizados mediante transferencias bancarias o cargos en la tarjeta de crédito, a lo largo de 2023 y los primeros meses de 2024, siendo el último abono realizado el 9 de abril de 2024, un año y tres meses antes de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial. De ahí que deba considerarse extemporánea.

Cabría plantearse si el posterior acuerdo indemnizatorio podría tener efectos interruptivos de la prescripción, dado que se reclaman los gastos de asistencia sanitaria que no han sido asumidos por la aseguradora. Sin embargo,

esta tesis debe rechazarse de plano, ya que se trata de dos acciones y responsabilidades diferentes y autónomas, considerando que la reclamación de responsabilidad patrimonial que ahora analizamos persigue el resarcimiento de los perjuicios económicos derivados de un funcionamiento anormal del servicio público; mientras que el pleito frente a la aseguradora persigue la indemnización por los daños sufridos, como consecuencia del accidente (lo que incluye el reembolso de los gastos sanitarios). En el primer caso, la responsabilidad que se deduce frente a la Administración sanitaria tiene su propia vía de resarcimiento -según lo establecido en el artículo art. 32 y siguientes de la LRJSP-, su objeto se constriñe a los perjuicios que derivan de la falta de prestación de un servicio y su *causa petendi* se encuentra en la omisión de una atención sanitaria. En cambio, ante las lesiones sufridas por un viandante al ser atropellado, el cauce es el de las reclamaciones *inter privados*, su objeto abarca todos los perjuicios derivados del accidente y su fundamento radica en el riesgo creado por el hecho de la circulación (artículo 1 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor).

Por tanto, dado que la responsabilidad que se plantea en el escrito de reclamación trae causa de la deficiente asistencia recibida en un hospital público y de la posterior concreción de un daño -al abonarse los gastos que aquí se reclaman-, las actuaciones que el perjudicado haya seguido con terceros para el resarcimiento de ese mismo daño no alcanzan a interrumpir la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial. Así, la solicitud de conciliación presentada el 18 de marzo de 2025 ante la aseguradora del vehículo (folio 100 del expediente) carece de efectos interruptivos, al igual que el abono por la aseguradora de una cantidad que, en la propia reclamación, se reputa ajena a la pretensión que ahora se ejercita. Al respecto, es doctrina consolidada del Tribunal Supremo que el precepto legal es "categórico", cuando afirma que "el derecho a reclamar prescribe al año y no es susceptible de interrupción. Únicamente se producirá esa circunstancia si la reclamación se

presenta ante órgano incompetente o como expresó la sentencia de esta Sala Tercera, Sección Cuarta de veintiuno de marzo de dos mil, recurso 427/2006, en virtud de cualquier reclamación que manifiestamente no aparezca como no idónea o improcedente encaminada a lograr el resarcimiento del daño o perjuicio frente a la Administración responsable, siempre que comporte una manifestación de la voluntad de hacer efectiva la responsabilidad patrimonial de la Administración por alguna de las vías posibles para ello” (por todas, Sentencias de 30 de junio de 2022 -ECLI:ES:TS:2022:2722- y de 13 de mayo de 2025 -ECLI:ES:TS:2025:2153-).

En definitiva, la solicitud de conciliación dirigida a la aseguradora del vehículo, en cuanto responsable civil, es ajena a la reclamación cuya prescripción analizamos, dirigida a deducir la responsabilidad patrimonial de la Administración por falta de asistencia sanitaria urgente al perjudicado, absolutamente desconocedora de la presentación de la misma.

Por otra parte, aunque hiciéramos abstracción de esta conclusión y admitiésemos que la acción no ha prescrito, la reclamación habría de desestimarse igualmente por razones de fondo.

Aparte de haber recibido una indemnización que se solapa, parcialmente, con la aquí pretendida (en el 50 % del daño que se aviene a abonar la aseguradora se incluye la mitad del gasto sanitario ahora solicitado), el reclamante fundamenta su pretensión indemnizatoria en una deficiente asistencia de las lesiones sufridas tras el atropello. En concreto, se reprocha la decisión de optar por el tratamiento conservador, en lugar de proponer uno quirúrgico, remitiendo al paciente a la mutua de accidentes para tratamiento definitivo de sus lesiones. Este planteamiento llevó al reclamante a acudir a la sanidad privada ante los dolores que presentaba, donde procedieron a realizarle una cirugía, posteriormente, una segunda intervención y, finalmente, fisioterapia, quedando acreditado que ha afrontado gastos en la medicina privada que guardan relación con la dolencia que presentaba cuando solicita asistencia en la sanidad pública.

En lo que atañe al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema público sanitario, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital -en los casos de atención dispensada fuera del Sistema Nacional de Salud- y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con los primeros, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece en el artículo 4.3 la regla general, al decir que "La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados" y exceptúa que ello será así, "salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel", determinando que, "en esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción".

No consta que dicho procedimiento, no sometido al escrutinio de este órgano, se haya tramitado en el caso que nos ocupa. Por tanto, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada, comprensiva del importe de los gastos en los que se ha incurrido a consecuencia del sometimiento a tratamiento en el ámbito privado, sujeta a los requisitos generales de cualquier reclamación de dicha índole.

Así planteada la cuestión, conviene recordar que 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 ello, no puede imputarse automáticamente 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*.

Para apreciar que el daño alegado por quien reclama es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 75/2022), que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, por sí mismo, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos casos, 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del 12 Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a).

En el caso examinado, el reclamante sostiene que, tras sufrir un atropello en la vía pública, fue trasladado en ambulancia al Servicio de Urgencias hospitalarias, donde, una vez le diagnostican una fractura de húmero y radio, le denegaron "cualquier asistencia o tratamiento médico, más allá de la escayola",

dado que, tratándose de un accidente de tráfico, debería acudir a la compañía de seguros del vehículo implicado en el siniestro.

Frente a ello, el informe librado por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital defiende que se realizó al paciente “una anamnesis y exploración física concienzuda, se solicitan las radiografías correspondientes y efectivamente se diagnostica una fractura diafisaria de tercio proximal de húmero sin afectación articular y una fractura de radio distal izquierdo con trazo intraarticular”; y añade que se le realizó, asimismo, una radiografía de pelvis y de ambas caderas. Refiere que, “tras la correspondiente manipulación e inmovilización, se le realizan nuevas radiografías de control en las que se aprecia adecuada reducción y alineación de las fracturas, con lo que posiblemente se podría haber considerado el tratamiento conservador, no quirúrgico, como tratamiento definitivo”.

Resulta evidente, por tanto, que al interesado se le practicó un estudio detallado de su estado, en el que únicamente se objetivó la existencia de dos fracturas, una de húmero y otra de radio, que se trataron oportunamente mediante la correspondiente inmovilización, previa interconsulta a los especialistas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. No existen datos que evidencien compromiso vital y, como señala el autor del informe del Servicio implicado, sus lesiones no requerían “ingreso hospitalario ni cirugía urgente”, por lo que la decisión de dar de alta al paciente fue correcta y adecuada a los signos y síntomas que presentaba, máxime considerando la advertencia que figura en el informe clínico de alta de, “ante cualquier complicación acudir (...) al Servicio de Urgencias”.

Como viene manifestando reiteradamente este Consejo, para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario, debemos atender a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique imparcialmente esa pérdida de confianza y ha de quedar igualmente acreditado que tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en

sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida, sin que, en este caso, se aprecie infracción del buen quehacer médico. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, cuando quien reclama invoca implícitamente una desconfianza, debemos valorar si esa desconfianza pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales; juicio en el que constituye un indicio el hecho de si el paciente, conocida la necesidad de una prueba diagnóstica o de una cirugía, abandona de modo inmediato el sistema público para realizar dichas prácticas en la medicina privada, sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlas. En el caso concreto que analizamos, no se cumplen esos condicionantes, toda vez que no ha quedado acreditado que la opción inicial -tratar las fracturas mediante inmovilización- sea contraria a la *lex artis*, ni el interesado aporta ninguna prueba que justifique la afirmación que manifiesta en su escrito de alegaciones, sobre que el tratamiento conservador “habría empeorado” su situación. Y, en cualquier caso, no justifica que la cirugía practicada en el centro privado fuese inaplazable, extremo que resulta incompatible con el hecho de que transcurrieran diez días entre el accidente y la primera intervención, por lo que el reclamante decide libremente ser intervenido en el ámbito de la medicina privada, sin recabar su práctica por la sanidad pública, hurtando así a esta de la posibilidad de ofrecerle los recursos disponibles para realizar dicha cirugía. Como señala la Instructora en el Informe Técnico de Evaluación, “en ese momento en el que el interesado conoce la indicación quirúrgica, tenía la posibilidad de acudir a la sanidad pública para comunicar los hallazgos de las pruebas de imagen y acometer la cirugía en la sanidad pública, sin embargo, no consta dicha comunicación ni la denegación de asistencia secundaria”. Tampoco consta que el perjudicado haya recabado asistencia en la sanidad pública, tras conocer la complicación derivada de la osteosíntesis que precisó una segunda cirugía en octubre de 2023, ni tampoco que haya solicitado realizar tratamiento rehabilitador.

Como ya hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictámenes Núm. 146/2018, 269/2019 y 208/2021), de las notas de universalidad y gratuidad que caracterizan al servicio público sanitario -que,

obviamente, no se dan en la sanidad privada-, se derivan una serie de servidumbres, lo que determina que el tiempo de los actos médicos, en el ámbito del servicio público, haya de ser necesariamente objeto de priorización y adecuación a la evolución de los síntomas. Resultando entendible que quien pueda costearlo acuda en ciertos escenarios a la medicina privada, no puede obviarse que la compensación de esos gastos vendría a introducir un factor de discriminación frente a quien no pueda asumirlos.

En definitiva, nos encontramos con un caso, en el que la atención inicial se desarrolló correctamente en el hospital público, pues se brindó al paciente la atención urgente que precisaba su caso, siendo derivado a la mutua para el seguimiento posterior. No podemos desconocer que el paciente aceptó voluntariamente esta derivación, lo que se deduce no solo del hecho de que no volviese a demandar asistencia en la sanidad pública, sino de que, en la solicitud de conciliación que presentó frente a la aseguradora del vehículo, le indicaba que debía "asumir la responsabilidad directa, solidaria y única, como aseguradora responsable" (folio 103 del expediente). Y, en el acuerdo indemnizatorio, se considera "debida y completamente indemnizado por todos los daños sufridos" (folio 111), sin realizar ninguna reserva y, todo ello, sin perjuicio de que el acuerdo entre particulares alcanzado no vincula a la Administración.

Por tanto, no cabe que ahora reproche un funcionamiento anormal del servicio público sanitario por una denegación de asistencia sanitaria, que, visto el informe de urgencias, no se produjo en ningún caso. El servicio de salud no negó en ningún momento la atención al ahora reclamante, asistencia a la que, en efecto, tenía derecho de acuerdo con el artículo 3 y preceptos concordantes de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y a la que el mismo perjudicado voluntariamente optó por renunciar. A la vista del expediente, decidió hacerlo en la consideración de que los gastos en que incurriera le serían abonados por la compañía aseguradora del vehículo que le atropelló, conforme a las reglas propias del régimen jurídico aplicable; las del mencionado Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, entre las que

se incluye la aceptación por el perjudicado de la oferta motivada de indemnización que ofrezca el asegurador (artículo 7), como ha acontecido en este caso, en el que la aseguradora, “aplicando un porcentaje de culpa compartida del 50 % en la causación del accidente”, le abona 25.000 €, lo que representa la mitad de los daños sufridos como consecuencia del accidente (de los cuales 11.171,40 € corresponden a los gastos médicos y 13.828,60 € a la indemnización en concepto de lesiones, folio 111 del expediente); lo que en nada vincula al servicio público de salud. Si, por el contrario, el perjudicado no hubiera decidido abandonar voluntariamente la asistencia sanitaria pública, el servicio de salud tendría derecho a reclamar a la aseguradora el coste de los servicios sanitarios en los que hubiera incurrido, al tratarse de un seguro obligatorio, de acuerdo con el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (“Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes./ A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados”) y, a tal fin, el artículo 8.3 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, prevé que, “Para agilizar la asistencia a los lesionados de tráfico, el asegurador podrá adherirse a los convenios sectoriales de asistencia sanitaria para lesionados de tráfico, así como a convenios de indemnización directa de daños personales”, lo que en el ámbito del Principado de Asturias ha dado lugar al “Convenio de asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico” suscrito entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias, el Consorcio de Compensación de Seguros y la patronal aseguradora Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, de 20 de enero de 2022, en el que pormenorizadamente se establece el

procedimiento para reclamar los gastos sanitarios en que ha incurrido el servicio público, en este tipo de asistencias (que incluiría la presente).

No obstante, sí hemos de salir al paso del equívoco que parece desprenderse del informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, en el que parece asimilar este supuesto con la atención sanitaria y recuperadora derivada de contingencias profesionales que deben prestar las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social (artículo 80 del 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, desarrollado por el Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social), entidades que, como responsables de este tipo de prestaciones sanitarias, “tendrán que garantizar, en lo que resulte de aplicación, de acuerdo con lo dispuesto en su normativa específica, el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo recogidas en esta ley” (disposición adicional cuarta, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud); supuesto en el que, a diferencia del planteado en la reclamación que nos ocupa, sí cabe hablar de una derivación, en base a la obligación legal que atañe a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

En definitiva, los gastos sanitarios en los que incurrió el perjudicado traen causa de las lesiones sufridas con motivo de un accidente, en el que se vio implicado un vehículo a motor -un atropello-, por lo que su resarcimiento corresponde a la aseguradora que cubre la responsabilidad civil del vehículo, tal como se contempla en el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (artículos 114 y 141). Se aprecia aquí un menoscabo patrimonial -asumido por el perjudicado- que no encuentra reflejo en un enriquecimiento indebido de la Administración, sin haberse acreditado tampoco una denegación inadecuada de la asistencia sanitaria ni

que el cuadro clínico que presentaba el paciente se enmarcase en un caso de urgencia vital. Por todo ello, y reiterando el carácter extemporáneo de la acción, la reclamación debe ser desestimada.

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 la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.