

Dictamen Núm. 31/2026

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 19 de febrero 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 9 de diciembre de 2025 -registrada de entrada el día 17 de ese 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 deficiente asistencia recibida por dolencias de espalda en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 17 de diciembre de 2024, una letrada actuante en nombre y en representación del reclamante presenta, a través de burofax postal, reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de la asistencia sanitaria recibida con ocasión de las dolencias de espalda que presenta el interesado.

Explica que el perjudicado sufrió un accidente laboral *in itinere* en el año 2016, siendo “tratado por policontusiones” por una mutua laboral y, tras

superar el correspondiente proceso, sufrió “un nuevo accidente de trabajo” el día 11 de diciembre de 2017, consistente en “tirón lumbar”, “permaneciendo en situación de incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo”, entre el 12 de diciembre de 2017 y el 6 de abril de 2018, “con el diagnóstico de lumbociática”, iniciando “un nuevo proceso, por recaída, el día 14 de febrero de 2019, realizándose en junio de ese año artrodesis lumbar” -no identifica el centro sanitario en el que tiene lugar- y expone los diversos hitos del proceso administrativo y judicial relacionados con su situación de incapacidad laboral, que culmina con la declaración de la “situación de incapacidad permanente absoluta derivada de accidente de trabajo”, mediante Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 23 de abril de 2023.

Refiere que, “en la actualidad se encuentra en lista de espera para intervención quirúrgica, con el fin de intentar estabilizar los daños causados”, identificando como lesiones que padece “lumbociatalgia izquierda refractaria secundaria a discopatía e inestabilidad LS-S1 (...) intervenida realizándose en el año 2019: artrodesis lumbar instrumentada, con signos de radiculopatía crónica L5-S1 izquierda leves (...). Síndrome de espalda fallida”. Afirmo que, “desde que se produce el primer accidente laboral en el año 2016”, existe “un diagnóstico, pronóstico y valoración inicial erróneas de las lesiones”, determinante del “actual resultado, de crónicas e irreversibles a fecha 23 de abril de 2024”. Considera “indubitado el nexo causal existente entre las secuelas del paciente y las actuaciones médicas realizadas tanto por el personal dependiente del Servicio de Salud del Principado de Asturias como de la mutua laboral”.

Precisa que la exacta cuantificación del daño sufrido se encuentra pendiente, realizándose “cuando exista completa estabilización del paciente”.

Adjunta diversa documentación, entre la que se encuentra un certificado de inscripción de apoderamiento *apud acta* en el archivo electrónico de apoderamientos judiciales.

2. Previa solicitud de subsanación dirigida por el Servicio instructor, la representante presenta, con fecha 3 de febrero de 2025, un escrito en el que

aclara diversos extremos de su solicitud, relativos a las lesiones producidas, la relación de causalidad y la evaluación económica.

Al respecto, expresa que “la responsabilidad de la Administración viene provocada por la demora en la intervención quirúrgica a la que debe ser sometido”, ya que está “incluido en lista de espera desde el 6 de junio de 2021, a fin de que se le realice una operación de revisión de la artrodesis”, demora que ha provocado “un agravamiento de la enfermedad” manifestado en “un aumento del dolor” y limitación de las expectativas de esa cirugía.

Adjunta informes médicos emitidos en el año 2023 por el Servicio de Traumatología y la Unidad del Dolor del Hospital

3. Con fecha 11 de febrero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica la fecha de entrada de la reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -el 23 de diciembre de 2024-, el nombramiento del instructor del procedimiento y su régimen de recusación, la normativa y el plazo de tramitación y el sentido de un eventual silencio administrativo.

4. Previa petición del Servicio instructor, la Gerente del Área Sanitaria V remite, con fecha 3 de marzo de 2025, una copia de la historia clínica del paciente en el Hospital, así como el informe emitido en esa fecha por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

5. Mediante oficio de fecha 19 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento comunica la apertura del trámite de audiencia, por un plazo de quince días.

Tras ampliación del plazo, solicitada por la representante, esta presenta el 5 de mayo de 2025 un escrito de alegaciones, en el que efectúa la valoración del daño sufrido, una vez llevada a cabo la intervención quirúrgica el día 19 de febrero de 2025.

La cantidad total solicitada asciende a cinco millones ochocientos veinte mil euros (5.820.000 €), por los conceptos de daños corporales, pérdidas económicas (lucro cesante), daños morales y pérdida de calidad de vida y gastos futuros de “adaptación, asistencia, medicación”, a los que añade como “agravante por negligencia” un porcentaje del 50 %.

El escrito se acompaña del informe de alta, de fecha 19 de febrero de 2025, emitido por el Servicio de Traumatología del Hospital y la Sentencia de 23 de abril de 2024, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, por la que se declara al interesado en situación de incapacidad permanente absoluta, derivada de accidente de trabajo.

6. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial librado el día 11 de julio de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. En él, formula una serie de consideraciones médicas sobre la discopatía degenerativa lumbar, su tratamiento quirúrgico y complicaciones derivadas del mismo, el síndrome de fracaso de cirugía de la espalda y la patología del segmento adyacente en región lumbar. Tras valorar la praxis aplicada al caso, concluye, por cuanto razona, la inexistencia de “pérdida de oportunidad terapéutica alguna” por “la supuesta demora terapéutica” asociada a la operación.

7. Tras la concesión de un segundo trámite de audiencia, la letrada actuante presenta, con fecha 23 de octubre de 2025, un nuevo escrito de alegaciones en el que, en primer lugar, destaca varias “deficiencias del dictamen pericial de la aseguradora”, reiterando la existencia “objetiva de demora asistencial y negligencia”.

8. Con fecha 7 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento elabora una propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

Además de afirmar que “las secuelas que presenta el reclamante no se deben en absoluto a la demora alegada en la segunda intervención realizada” en el Hospital el 19 de febrero de 2025, señala que se propuso en el mes de septiembre de 2024 “derivación” al Centro que “ha rechazado”. Explica también que, “tras la primera intervención realizada en junio de 2019 en su mutua laboral (artrodesis circunferencial L5-S1), el paciente presentó lo que se denomina el ‘síndrome de espalda fallida’, que alude al dolor crónico persistente en la espalda o las piernas que experimenta una persona después de una cirugía de columna vertebral y que se da en un 20-25 % de los casos de cirugía vertebral”.

Asimismo, se rebaten de forma específica ciertas afirmaciones formuladas con ocasión del segundo trámite de audiencia.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de diciembre 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

Respecto a la legitimación pasiva, debemos partir de que, en su escrito inicial, el reclamante afirma, expresamente, que "es indubitado el nexo causal existente entre las secuelas del paciente y las actuaciones médicas realizadas tanto por el personal dependiente del Servicio de Salud del Principado de Asturias como de la mutua laboral" que "ha llevado todo el proceso médico", incluyendo en los daños y perjuicios, cuya indemnización interesa, conceptos referidos a una situación iniciada con sucesivos accidentes de trabajo sufridos en los años 2016 y 2017.

Desde entonces, el perjudicado recibió asistencia sanitaria de forma intercalada en centros privados -donde acude por indicación de la mutua- y en un hospital público integrado en la red del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sobre la legitimación pasiva de la Administración del Principado de Asturias en reclamaciones de responsabilidad patrimonial, en supuestos similares al que nos ocupa -en los que en el tratamiento de un concreto episodio clínico con origen en un accidente de trabajo concurren servicios sanitarios públicos y privados-, ya ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo, con expresa referencia, en particular, en las "Observaciones" contenidas en la Memoria correspondiente al año 2024. Así, en los Dictámenes Núm. 183/2023 y 175/2025, hemos indicado que "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 (...) 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''.

Aplicada esta doctrina a la presente reclamación, resulta evidente que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula la reclamación en la parte correspondiente a la atención sanitaria prestada al perjudicado en el Hospital, asistencia a las que queda circunscrito el alcance del presente dictamen.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 17 de diciembre de 2024 y, atendiendo a la fecha en la que se produce la última intervención quirúrgica -19 de febrero de 2025- del paciente en relación con la patología objeto de atención, no ofrece duda que ha sido formulada dentro del plazo de un año, legalmente determinado.

Al respecto, debe puntualizarse que tal convicción se alcanza en aplicación conjunta de los principios *pro actione* y de la *actio nata*. Así, inicialmente, el propio reclamante afirma en su solicitud que, “en la actualidad se encuentra en lista de espera para intervención quirúrgica, con el fin de intentar estabilizar los daños causados, dado que a día de hoy continúa el empeoramiento de las lesiones”. Y, al mismo tiempo, expresa, de forma ciertamente contradictoria, que estas son “crónicas e irreversibles a fecha 23 de abril de 2024”, fecha de la sentencia declarativa de la situación de incapacidad permanente. Ello obliga a recordar la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1137- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª) que fija como doctrina casacional establecer “que el ‘*dies a quo*’ del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos (...) es el de la fecha de curación, o como aquí acontece, desde la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas, con independencia y al margen de que, con base en esas mismas secuelas, se siga expediente para la declaración de incapacidad y cualquiera que sea su resultado” y, en el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de noviembre de 2023 -ECLI:ES:TSJAS:2023:2559- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª).

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 de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se ha 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 “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, 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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado reclama ser indemnizado por el perjuicio, personal y patrimonial, derivado de la actuación conjunta del servicio público sanitario y de una mutua laboral.

La documentación clínica incorporada al expediente permite apreciar que el paciente se sometió a dos cirugías de espalda en los años 2019 y 2025; la primera de ellas tuvo lugar en un centro privado y la última, en el Hospital

No obstante, visto el desglose de conceptos que el propio reclamante proporciona, conviene efectuar ciertas precisiones -adicionales, en todo caso, a la ya efectuada en nuestra consideración segunda, en cuanto al alcance de nuestro Dictamen-. Así, observamos que afirma, en primer lugar, sufrir “daños

corporales permanentes”, “derivados de las secuelas físicas acreditadas en los informes médicos”, que valora “conforme al baremo oficial”: “paraparesia severa”, “afectación funcional del miembro superior”, “rigidez de tronco” y “lesión cervical crónica”. En segundo lugar, señala padecer “perjuicio patrimonial” consistente en “lucro cesante”, en el que distingue entre “actividades profesionales frustradas tras jubilación” y la que denomina “adaptación laboral frustrada”. Y, en tercer lugar, “daños morales y pérdida de calidad de vida” por “dolor físico crónico”, “trastorno depresivo-ansioso por pérdida de autonomía”, “pérdida de calidad de vida y rol social” y “agravante por notoriedad pública”. A ello, añade los “gastos futuros de adaptación y asistencia”, en los que incluye “reforma de vivienda”, “vehículo adaptado” y “transporte especializado”, “asistencia personal”, así como “medicación y terapias”, proponiendo, por último, “un incremento del 50 % sobre la suma total”, en concepto de “agravantes por negligencia médica”.

La expresa referencia al lucro cesante nos aboca a recordar que este Consejo viene advirtiendo que la prueba de las ganancias dejadas de obtener es singularmente rigurosa, “quedando excluidas de resarcimiento las meras expectativas o ganancias dudosas” (Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de febrero de 2015 -ECLI:ES:TS:2015:535- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª) y que no cabe reclamar unas ganancias hipotéticas e inciertas que no responden a una cuantificación real y efectiva de los daños padecidos (por todos, Dictamen Núm. 114/2023). Y, en cuanto a los restantes conceptos, procederá su oportuno análisis, en caso de ser estimatorio el sentido de nuestro dictamen.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, automáticamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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 directamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible- tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables, en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante -cuya efectividad, con la apuntada matización, ha sido acreditada- 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. 81/2019) 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, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del 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 analizado, la imputación resulta inicialmente un tanto confusa, pues, en la solicitud, se alude a una concatenación de equivocaciones iniciadas con "el primer accidente laboral en el año 2016", entendiéndose que existe "un diagnóstico, pronóstico y valoración inicial erróneas de las lesiones" determinantes de su cronicidad e irreversibilidad, al tiempo que se precisa que "la responsabilidad de la Administración viene provocada por la demora en la intervención quirúrgica a la que debe ser sometido", pues lleva "incluido en lista de espera desde el 6 de junio de 2021, a fin de que le realice una operación de revisión de la artrodesis y subir un nivel", demora que, señala, ha significado "un agravamiento de la enfermedad", manifestada "en un aumento del dolor". Considera que este retraso constituye "una omisión de la diligencia debida", "que lleva a una pérdida de oportunidad de tratar eficazmente al paciente".

Se basa, para ello, en los informes médicos emitidos por el Servicio de Traumatología del Hospital, añadiendo en las alegaciones -formuladas tras el primer trámite de audiencia y después de la realización de la cirugía revisora demandada-, que la demora "injustificada" de "una intervención quirúrgica esencial" ha supuesto una serie de perjuicios, antes enumerados, y alude a la futura aportación de "un informe pericial médico y daño social" que no llega a presentar. Por otra parte, en las alegaciones formuladas tras el segundo trámite de audiencia, precisa que "la cirugía finalmente practicada", en el mes de febrero de 2025, "en L4-L5 no abordó el nivel L5-S1 original, perpetuando el daño".

La indicada ausencia de informe pericial alguno, que preste soporte técnico a la pretensión de parte, obliga a considerar únicamente los aportados a instancia de la Administración -que el reclamante solo rebate en cuanto a cuestiones concretas señaladas en el informe elaborado por un especialista a

instancias de la compañía aseguradora-, así como la documentación clínica obrante en el expediente.

En primer lugar, el informe emitido por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital refleja que, tras la cirugía llevada a cabo en su mutua (artrodesis circunferencial L5-S1) en el año 2019, el dolor crónico persistió, apreciándose en las revisiones llevadas a cabo en la sanidad pública "cuadro degenerativo sin indicación quirúrgica", por lo que se le valora en la Unidad del Dolor y, en el mes de junio del año 2022, "se propone tratamiento quirúrgico" ante la falta de "mejoría del dolor crónico a pesar de los tratamientos conservadores"; concluía señalando que, en el momento de emisión del informe (marzo de 2025), el paciente se encontraba "en posoperatorio inmediato de reartrodesis lumbar, pendiente de valorar evolución clínica y mejoría potencial de su dolor".

En segundo lugar, el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología -autor del informe pericial obrante en el expediente- efectúa valoración específica del nexo de causalidad invocado, consistente en la dilación temporal comprendida entre el momento en que el paciente es incluido en lista de espera para la cirugía de revisión y la realización de esta. Al respecto, manifiesta su "total desacuerdo" con la afirmación del vínculo entre la sintomatología residual, tras la cirugía llevada a cabo por la mutua en el año 2019, y ese retraso, expresando que "el origen de la sintomatología, secuelas del paciente y el grado de incapacidad es la patología lumbar de base del paciente, la espondilolistesis L5-S1 que, a pesar de realizar tratamiento quirúrgico en 2019 no mejoró, diagnosticándose del síndrome de cirugía fallida de la espalda". Añade que "no existía ninguna urgencia" en "la reintervención quirúrgica de la patología del disco adyacente por la que se incluyó en lista de espera" el 6 de junio de 2022; "de hecho", puntualiza que "siempre se debe intentar tratamiento conservador con rehabilitador e infiltraciones por (la) Unidad del Dolor, como así se hizo, sin que por ello cambie el pronóstico de la patología".

Explica, por otra parte, que "la cirugía de revisión de este síndrome tiene resultados muy variables no consiguiéndose en la mayoría de los casos una

resolución completa de la sintomatología”, sin que la anticipación de la intervención, llevada a cabo en el mes de junio de 2025, hubiera cambiado el pronóstico. Destaca, por otra parte, que “el paciente rechazó la derivación a otro centro para adelantar la cirugía”, dato que atestigua la anotación obrante en la historia clínica correspondiente al día 23 de septiembre de 2024, que el perjudicado no desmiente.

Asimismo, precisa que “no se objetivó defecto técnico alguno en la intervención quirúrgica realizada en la mutua, como se comprueba en las pruebas de imagen realizadas durante el seguimiento posoperatorio”.

Deteniéndonos en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, no cabe compartir, a la vista de la historia clínica, que, con fecha 23 de septiembre de 2024, no existiera “propuesta quirúrgica”. Por su parte, la propuesta de resolución rechaza expresamente que, “tal y como se afirma en el segundo escrito de alegaciones”, “la segunda intervención quirúrgica no se actuara sobre ‘el nivel patológico principal’” que, según se ha señalado, el interesado “considera que debería ser el L5-S1 y no el L4-L5, en el que se realizó una artrodesis circunferencial” pues, según explica, “el paciente presentaba un ‘síndrome de nivel adyacente o patología del segmento adyacente’ que es la complicación más frecuente de una artrodesis vertebral, ya que la artrodesis, al fusionar segmentos de la columna vertebral, hace que las vértebras adyacentes” soporten “más carga de trabajo” y, “con el tiempo, este estrés adicional puede provocar cambios degenerativos en la articulación adyacente, ya sea por encima o por debajo de ella (en este caso por encima)”, complicación que “aparece entre un 25-40 % de las artrodesis vertebrales a lo largo de un plazo de 10 años tras su realización. No era necesario actuar sobre el segmento L5-S1, ya que, como consta en el informe de alta, durante la intervención realizada el 19-02-2025 se constató que ‘no se identifican signos de pseudoartrosis L5-S1, aunque sí muy evidente inestabilidad de L4-L5’ (folio 83 del expediente), por lo que la actuación correcta era inmovilizar este segmento”.

En todo caso, y al margen de que resulte crucial destacar que no queda acreditado que el intervalo transcurrido entre la inclusión en la lista de espera quirúrgica y la realización de la cirugía haya generado el conjunto de daños alegados, tampoco puede obviarse que la regulación establecida en el Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias no incluye la reartrodesis en el listado de intervenciones quirúrgicas que constituyen las "Prestaciones objeto de garantía de tiempo máximo de acceso", establecidas en su Anexo II. Al respecto, el artículo 7.1 de dicha norma dispone que "La garantía de tiempo máximo de acceso se refiere, únicamente, a la atención sanitaria por la que se hubiera incluido a la persona usuaria en las secciones de pacientes en espera de pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos o de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, para los supuestos previstos en el anexo segundo. Consecuentemente, esta garantía no cubrirá ninguna otra atención sanitaria diferente a la que origine dicha inclusión o a la que se relaciona en el citado anexo".

En el caso planteado procede, además, reseñar que el afectado no discute en ningún momento la clasificación de la cirugía por su prioridad, que, en este caso, era ordinaria por ser un paciente cuya patología permite la demora del tratamiento sin secuelas importantes, habiendo rechazado el reclamante una propuesta de intervención en centro alternativo, lo que le situaría como paciente "en espera estructural".

En definitiva, no resulta acreditado que el intervalo de tiempo transcurrido entre la inclusión en la lista de espera quirúrgica y el ofrecimiento de realización de la cirugía en un centro privado en el año 2024, momento a considerar como referencia a los efectos pretendidos, guarde relación con los perjuicios invocados, como tampoco que la intervención realizada en el año 2025 fuera incorrecta. Por el contrario, los informes técnicos incorporados explican que el paciente sufre sintomatología propia del "síndrome de fracaso

de cirugía de espalda”, llevada a cabo en el mes de junio de 2019 en un centro privado por indicación de su mutua, que ha sido tratada tanto por medios públicos como privados a lo largo de los años.

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.