

Dictamen Núm. 44/2026

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 5 de marzo 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 23 de enero de 2026 -registrada de entrada el día 29 de ese mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los gastos ocasionados al acudir a la medicina privada para la realización de las pruebas diagnósticas y el tratamiento quirúrgico de un cáncer de próstata.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 30 de diciembre de 2024, el interesado presenta en un registro del Principado de Asturias un formulario de quejas, sugerencias y agradecimientos, dirigido al Servicio de Salud del Principado de Asturias. El escrito es remitido desde la Gerencia del Área Sanitaria III al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, en el que se registra de entrada el día 10 de enero de 2025, en cumplimiento del *Protocolo de Instrucción y Tramitación de Expedientes de Responsabilidad Patrimonial* del Sespa.

En dicho escrito, el paciente expone que tras una analítica realizada en un centro de salud, en el mes de julio de 2023, fue avisado para realizar en

aquel un tacto rectal, solicitando la médico de Atención Primaria “consulta preferente” al Servicio de Urología del Hospital “X”; se le informó, al tiempo, de las cifras de PSA (antígeno prostático específico) en ese año y en el anterior. Tras “varios meses de espera” durante los cuales, afirma, se interesaba periódicamente por la celebración de la consulta, se le comunicó la existencia de “una larga lista de espera”, por lo que decidió acudir a una “consulta privada” en una clínica, en la que se le informó de una “situación de gravedad” que determinó el inicio de diversas pruebas a partir de “últimos de diciembre del 2023”, operándose en el mes de marzo de 2024 “de cáncer de próstata y linfático”. Reseña que “todas estas actuaciones” fueron “costeadas” por su parte, siguiendo 35 sesiones de radioterapia en el Hospital “Y”, que finalizaron en el mes de agosto de 2024. Afirma que “esta demora” provocó que pasara “a ser un paciente de alto riesgo con los perjuicios correspondientes”.

Previo requerimiento dirigido al efecto, el reclamante presenta un nuevo formulario en el que procede a la cuantificación económica del daño, que asciende a un total de dieciocho mil quinientos tres euros con cuarenta y un céntimos (18.503,41 €), al que adjunta diversa documentación acreditativa del pago de los gastos médicos privados.

2. Con fecha 17 de febrero de 2025, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III remite una copia de la historia clínica del paciente y el informe emitido por el Servicio de Urología del Hospital “X”.

3. El día 19 de febrero de 2025, el interesado presenta un nuevo escrito en el que precisa que el objeto de la reclamación es “única y exclusivamente para el reintegro de los gastos ocasionados, derivados de la intervención quirúrgica”.

Previo requerimiento dirigido al efecto, el reclamante presenta el día 1 de abril de 2025 una copia de “la historia clínica existente” en el centro privado.

4. A continuación, consta incorporado al expediente un informe médico pericial librado el 2 de mayo de 2025, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por una especialista en Urología, en el que, tras analizar el caso

planteado, se concluye la existencia de “demora diagnóstica de aproximadamente un año entre la valoración inicialmente por Urología a finales de 2022 o principios de 2023 que tendría que haberse realizado y el diagnóstico realizado a finales de diciembre de 2023 por el centro privado, sin ser conocedores de la fecha exacta de cita en Urología en el centro público tras la derivación en julio de 2023”.

No obstante, precisa, por cuanto razona, que no ha existido pérdida de oportunidad terapéutica.

5. Mediante oficio notificado al interesado el día 24 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia, por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El 2 de diciembre de 2025 el reclamante presenta un modelo de formulario de quejas/sugerencias en el que expresa ratificarse en su reclamación, “no aceptando la propuesta de la aseguradora”.

6. El día 10 de diciembre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio. En ella, se expone que “ha quedado acreditado que ha existido una demora en el diagnóstico del cáncer de próstata que padecía el reclamante”, considerando justificada la decisión de acudir a servicios de medicina privada para alcanzar el diagnóstico, si bien, no considera resarcible “el abono de los gastos derivados del tratamiento quirúrgico realizado” en el centro privado, “ya que una vez establecido el diagnóstico, podía haber acudido al servicio público sanitario para realizarlo”, como sucedió con el tratamiento radioterápico.

En consecuencia, propone indemnizar al reclamante en la cantidad de tres mil setecientos dos euros con veintiocho céntimos (3.702,28 €), cantidad correspondiente al abono de las facturas derivadas de la realización de las pruebas que detalla (consulta y ecografía, resonancia magnética, gammagrafía ósea, tac y biopsia prostática).

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de enero de 2026, 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 del servicio público sanitario.

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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de diciembre de 2024, habiendo finalizado en el mes de agosto de ese año el tratamiento radioterápico prescrito al paciente para el abordaje de la patología que sufre. En consecuencia, no ofrece duda que la solicitud se interpone dentro del plazo legalmente establecido.

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 del informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, observamos que no se ha solicitado informe al servicio competente de Atención Primaria, ámbito responsable de las analíticas realizadas en los años 2022 y 2023, desde el que se efectuó la derivación al servicio especializado hospitalario. No obstante, estimamos que los elementos de juicio disponibles resultan suficientes para dirimir el fondo de la cuestión suscitada, por lo que, atendiendo a razones de eficacia y celeridad, no consideramos necesaria la retroacción de actuaciones para proceder a su emisión.

Advertimos, asimismo, que, pese a que tanto el reclamante -en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia- como la propuesta de resolución aluden a la existencia de una “cuantificación económica del daño realizada por la compañía aseguradora de la Administración”, tal documento no figura incorporado al expediente. No obstante, como la propia propuesta detalla y justifica los conceptos que considera indemnizables, tal omisión resulta irrelevante.

Finalmente, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado 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- concurran, 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 solicita una indemnización por los daños y perjuicios que, entiende, se le han irrogado como consecuencia del retraso diagnóstico de un adenocarcinoma prostático.

De la documentación obrante en el expediente, se desprende que el interesado presentó, en sucesivas analíticas realizadas en los años 2022 y 2023, niveles elevados de un antígeno prostático específico (PSA), circunstancia que motivó su derivación, desde el circuito de Atención Primaria y tras realizar una prueba exploratoria específica, al servicio hospitalario especializado competente, Urología. Consta probado que desde este último no se llegó a citar al paciente, por lo que, en diciembre de ese año, el perjudicado decide acudir a un centro privado, donde -tras la realización de varios estudios- se establece el diagnóstico de “adenocarcinoma de próstata de tipo acinar, score (4 + 3 = 7 de Gleason)”, sometiéndose a una cirugía en ese hospital privado el día 4 de marzo de 2024. Figuran, asimismo, diversas facturas correspondientes a la atención dispensada por parte del centro privado al interesado en calidad de “cliente particular”.

Resulta probada, por tanto, la efectividad de un perjuicio patrimonial cierto, sin perjuicio de su exacta valoración, que deberá acometerse en el caso

de estimar la concurrencia de los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Por lo que se refiere a los gastos derivados de la atención dispensada en la sanidad privada, es preciso distinguir, tal y como venimos afirmando reiteradamente (entre otros, Dictamen Núm. 182/2017), entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en supuestos de atenciones dispensadas 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, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos ocasionados “fuera del Sistema Nacional de Salud”, disponiendo que el mismo solo resulta procedente en los “casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital” y “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 -que no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos, constando en cambio -expresamente- la remisión del escrito inicial al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios desde una Gerencia del Sespa, en declarado cumplimiento de su *Protocolo de Instrucción y Tramitación de Expedientes de Responsabilidad Patrimonial*.

En el asunto examinado, siguiendo el criterio manifestado en nuestro Dictamen Núm. 107/2025, constatamos que la asistencia privada -cuyo coste constituye el exclusivo objeto de la petición resarcitoria-, no se produce en el contexto de una amenaza vital urgente que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública, sino que se demanda como consecuencia de la demora en la citación en una consulta en Atención Especializada, lo que motivó que el reclamante acudiera a un centro privado. Por tanto, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial comprensiva del importe de los gastos sanitarios en los que haya incurrido a consecuencia

de esa actuación, si bien, dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole.

Consecuentemente, y en relación con el perjuicio patrimonial indicado, debemos analizar si nos hallamos ante un daño antijurídico -es decir, un daño que este no tuviera la obligación de soportar- y si el mismo tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del servicio público sanitario.

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 automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el enfermo 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 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, por sí mismo, 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 de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

Asimismo, y puesto que se reprocha una omisión diagnóstica, hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos, en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, asimismo, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que, quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba acreditar que los síntomas o signos -existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente- eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada. Y todo ello, al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo -ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso sometido a nuestra consideración, resulta que el perjudicado presentó elevación del antígeno PSA en los años 2022 y 2023, siendo derivado por su médica de Atención Primaria, en el mes de julio de este último año, al Servicio de Urología del Hospital "X". Si bien el reclamante indica que la cita fue

solicitada con carácter preferente, lo cierto es que la historia clínica de Atención Primaria remitida no refleja (página 39) esa índole, sin que nada se precise tampoco tras la realización de una nueva analítica en el mes de septiembre de 2023.

Dado que en el mes de diciembre de 2023 el paciente aún no había sido citado, decide acudir a la medicina privada, donde le diagnostican un adenocarcinoma de próstata. A su juicio, ha existido una “demora” en la atención, causante de la necesidad de recurrir a servicios médicos privados para el tratamiento de la patología indicada.

En este contexto, para un mejor análisis de la reclamación analizada, debe depurarse, en primer lugar, si el retraso en ser atendido por el Servicio de Urología resulta susceptible de ser resarcido y, en segundo lugar, si está justificada la inmediatez con la que se intervino al paciente en la sanidad privada.

Al respecto, debemos recordar que este Consejo viene manifestando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 267/2023) que, 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. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, cuando quien reclama invoca implícitamente una desconfianza -lo que se deduce aquí de su reacción frente a los tiempos marcados por el servicio público, dentro del cual se solicitó una consulta especializada-, debemos valorar si esa desconfianza pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público, por los cauces habituales. Para elaborar ese juicio, 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.

Pues bien, en relación con la fase de diagnóstico, la propuesta de resolución estima que resulta “acreditado que ha existido una demora en el diagnóstico del cáncer de próstata que padecía el reclamante, ya que tras detectarse unos niveles de PSA en junio de 2022, debería haberse repetido en 3-4 meses y si seguían elevados, remitir al paciente a la consulta de Urología de forma preferente para descartar o confirmar la existencia de un cáncer de próstata, cosa que no se hizo. El paciente fue remitido de forma preferente el 3-7-2023 (un año después tras volver a presentar una analítica con cifras de PSA elevadas) y todavía el 27-03-2024 (6 meses después) no se había programado la consulta”. La Administración sanitaria funda esta propuesta en lo afirmado por la especialista en Urología, que informa por cuenta de su compañía aseguradora el 2 de mayo de 2025. Tras analizar la asistencia sanitaria dispensada, concluye que “es evidente que ha existido una demora diagnóstica en el tumor de próstata” al “presentar un PSA inicial elevado en junio de 2022 y no ser estudiado hasta diciembre de 2023”, pues “lo ideal hubiera sido” la repetición de la analítica en el intervalo indicado, estableciendo “una demora diagnóstica de 12 meses aproximadamente”, añadiendo que “con el PSA inicial en junio de 2022 de 19,33 ng/ml, estamos hablando de un posible tumor ya establecido, con gran imposibilidad por niveles de PSA” de tratarse de “un tumor de bajo riesgo”. Precisa, también, “que tras la segunda repetición de PSA, sí se procede de manera correcta, con la repetición del PSA, realización de tacto rectal y derivación a Urología en julio de 2023” y destaca que se desconoce “la prioridad de derivación que se realizó desde Atención Primaria a Urología para hablar de plazos razonables”, si bien “el paciente antes de acudir al centro privado no reclamó en el hospital público la citación de su primera visita en Urología”. No obstante, también estima, sin contradicción por parte del reclamante -quien expresamente ciñe su reclamación al resarcimiento del coste del tratamiento privado seguido-, que “no existe pérdida de oportunidad” del paciente.

En este contexto, reconocida por la propia Administración sanitaria la existencia de un retraso diagnóstico de un año, estimamos que el seguimiento del paciente no fue adecuado, dada la falta de repetición de analíticas tras los

resultados del año 2022, ya que, según explica la perito, la elevación del antígeno PSA constituye uno de los signos clínicos asociados al cáncer de próstata. Tampoco tras la derivación realizada en el mes de julio de 2023 la planificación fue adecuada, pues -según reconoce la propia propuesta de resolución- la consulta no se programó en un plazo de seis meses, siendo irrelevante al efecto que, como indica el paciente, haya contactado con el hospital o no. Al respecto, debe tenerse en cuenta que en la petición de Atención Primaria consta que, además de la consulta, se había solicitado “eco vesico-prostática”, lo que obliga a recordar, en relación con ambas, que el artículo 6.1 del 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, establece que “El Servicio de Salud adoptará las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso de los pacientes a la primera consulta externa, a primeras pruebas diagnósticas o primeros procedimientos quirúrgicos y al tratamiento quirúrgico programado, especialmente para las prestaciones y dentro de los plazos de referencia o condiciones de tiempo máximo de acceso establecidas en los anexos primero y segundo. En el caso del acceso a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos se maximizará la capacidad de respuesta y la eficiente utilización de los recursos y tecnologías”. El segundo apartado añade que “para hacer efectivo el acceso a la primera consulta externa, tanto en caso de solicitud por el médico de familia como por otro facultativo hospitalario, la Gerencia del Área sanitaria asegurará que la planificación de actividad en el ámbito de consultas se realice garantizando de forma prioritaria las citas previstas en las prestaciones de primera consulta”. Y, asimismo, dispone en el tercer apartado del mismo precepto que “El Servicio de Salud y la Consejería competente en materia de sanidad habilitarán los mecanismos necesarios para derivar pacientes a los centros propios o concertados que se determinen, con el objeto de mejorar los tiempos de acceso”. En particular, y a propósito de la previsión del primer apartado, el anexo primero, titulado “Prestaciones en materia de consultas externas de especial atención”, establece como “plazo de referencia”

el de “60 días” para las consultas externas en Urología, mientras que el segundo anexo, “Prestaciones objeto de garantía de tiempo máximo de acceso”, fija también en 60 días el plazo para la práctica de la ecografía.

En definitiva, estimamos que, en este caso particular, se ha producido un daño derivado de la demora diagnóstica, atribuible tanto a una falta de seguimiento -primero, por parte de Atención Primaria- como al retraso en la celebración de la primera consulta en el servicio especializado y en la realización de la prueba de imagen. Postergación susceptible de ser resarcida al resultar justificada, en este contexto, la decisión de acudir a la medicina privada para el seguimiento de su patología ante la posibilidad de padecer un tumor. En este sentido, cabe apreciar una evidente incertidumbre para el paciente, que aumenta si se tiene en cuenta el déficit advertido en el primer lapso asistencial señalado -el comprendido entre los meses de junio de 2022 y 2023-.

No obstante, lo actuado revela que, si bien resulta comprensible la intención de obtener un diagnóstico con la mayor celeridad, la documentación remitida evidencia también que la decisión del afectado de someterse a una prostatectomía radical en un hospital privado, sin recabar su práctica por la sanidad pública, hurta a esta de la posibilidad de ofrecerle los recursos disponibles para realizar dicho tratamiento. De hecho, en la historia clínica de Atención Primaria, figura anotado que el día 30 de enero de 2024 comenta “que decidió ir de forma privada al (centro ya mencionado) porque no le llamaban de Urología por la PSA elevada”, realizando allí ecografía prostática y RMN (informadas como normales) y estando prevista biopsia prostática al día siguiente. Un mes después, el día 27 de febrero, acude e informa “de que la biopsia prostática dio neoplasia prostática”, por lo que le realizarán la intervención -que tiene lugar la semana siguiente-.

Al respecto, si bien advertimos que el reclamante se opone a la cuantificación económica que le ha trasladado la compañía aseguradora -de la que carecemos, según se ha indicado-, en ningún momento manifiesta su voluntad de operarse en la sanidad pública; por el contrario, sí recaba atención domiciliaria en esa instancia para las curas de la herida quirúrgica, así como la prestación del tratamiento de radioterapia prescrito desde el hospital privado,

datos de los que cabe presumir que su opción para la cirugía responde a una elección consciente y deliberada. En consecuencia, hemos de coincidir con la propuesta de resolución, en cuanto al alcance del perjuicio patrimonial resarcible, comprensivo de las actuaciones médicas relativas a la fase de diagnóstico de la enfermedad y de acuerdo con los importes señalados en las correspondientes facturas, con las precisiones que se señalarán a continuación.

En primer lugar, a las enumeradas en la propuesta (consulta y ecografía médica, 204,58 €; RNM de próstata, 662,50 €; gammagrafía ósea, 290 €; TAC, 371 € y biopsia prostática, 2.108,40 €), hemos de añadir las relativas a las facturas aportadas como documentos con los números 29 y 30 del expediente, por importe de 249,81 € y 184,30 €. Ambas se emiten en el mes de diciembre de 2024 -los días 2 y 12, respectivamente- y en ellas figuran diversos conceptos relativos a pruebas diagnósticas de alergia (una de ellas, expresamente referida a medicamentos), extremo del que deducimos que guardan relación con las pruebas practicadas, pues consta, por ejemplo, que el tac se realizó con contraste.

En segundo lugar, observamos que, para la biopsia prostática, solo consta la emisión de un presupuesto (folio 21 del expediente) en el que expresamente se indica que “al alta médica se regularizará la factura con el gasto exacto”, que no se incluye.

Sí apreciamos algún defecto -meramente numérico- en la transcripción de las cifras de la propuesta de resolución que consideramos necesario aclarar. Y es que se indica que el importe de la biopsia prostática sería de 2.108,40 €, cuando del documento n.º 21 del expediente se deriva que el importe de la misma ascendía a 2.100 €. Asimismo, se omite en el detalle de las facturas, cuyo pago se estima adecuado por la Administración, la obrante al folio 27, por importe de 74,20 €, correspondiente a “consulta de anestesia”. No obstante, en la suma final de los conceptos e importes que se realiza por la Administración para obtener la cifra de 3.702,28 € -que se contiene en la propuesta de resolución- sí se han tenido en cuenta los importes y conceptos correctos.

La suma final de los conceptos que se indican en la propuesta de resolución y las que se han indicado en párrafos anteriores (documentos 29 y 30 del expediente) arrojan una cifra total de 4.136,39 €.

En definitiva, y tal y como apreciamos en el supuesto planteado en nuestro Dictamen Núm. 177/2024, nos encontramos con un caso en el que, por razones estimables, el enfermo acude a un centro privado para realizar varias pruebas diagnósticas necesarias y determinantes, si bien, a continuación, confía su tratamiento a la medicina privada sin ofrecer a la red pública la oportunidad de acometerlo. En consecuencia, este Consejo estima que únicamente procede el resarcimiento del gasto efectuado en aquella fase de diagnóstico, cantidad resultante de la suma de los conceptos especificados reflejados en las facturas aportadas, de acuerdo con cuanto se ha desplegado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos señalados.”

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.