

Dictamen Núm. 64/2026

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 9 de abril 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 enero de 2026 -registrada de entrada el día 16 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños asociados al fracaso de una cirugía laparoscópica, que aboca a una reintervención y al retraso en la programación de esta.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 28 de febrero de 2025 una abogada colegiada, actuando en nombre y representación del interesado, presenta en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de, lo que considera, una mala praxis del servicio público de salud, en el tratamiento de una hernia inguinal, relacionada con “esfuerzos laborales”.

Expone que, el día 1 de marzo de 2024, se sometió en el Hospital a una “hernioplastia inguinal derecha laparoscópica” y el día 8 de ese mismo mes

acudió a su centro de Atención Primaria por “un bulto en la misma zona”, refiriéndole la médico que “tenía un mínimo hematoma, que podía ser una inflamación a consecuencia de la operación”. Tras la retirada de las grapas, el 8 de abril de 2024 acude nuevamente a revisión y la médico de cabecera “le confirmó que no se trataba de una inflamación (...) sino que se trataba de una recidiva de la hernia”.

Añade que, a través de su mutua, se realizó una ecografía que mostró “hernia inguinal indirecta derecha” y el 10 de mayo de 2024 acudió al citado hospital con los resultados de la ecografía, objetivándose “nuevamente hernia inguinal derecha recidivada”. Así, es incluido en lista de espera para nueva intervención quirúrgica, si bien, antes de estar esa cirugía programada, por mediación de la mutua el 28 de agosto de 2024 fue intervenido en un centro privado y el 28 de octubre del mismo año se reincorporó a su trabajo.

Denuncia “una mala praxis” en la primera intervención quirúrgica, en cuanto “una intervención que en principio debería tener una recuperación más temprana (laparoscopia), alargó el proceso curativo (...) durante casi ocho meses, teniendo que ser intervenido quirúrgicamente de nuevo por la misma patología en la misma zona”.

Solicita una indemnización de veinticinco mil ciento cincuenta y un euros con setenta y dos céntimos (25.151,72 €), sustancialmente por días de perjuicio personal y cirugía, sirviéndose del baremo de accidentes de circulación.

Se acompaña justificante de la inscripción del poder en el registro electrónico de apoderamientos y documentación médica. Interesa la incorporación al expediente de los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente.

2. Mediante oficio de 13 de marzo de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas de la Dirección General de Planificación Sanitaria, pone en conocimiento del interesado la fecha de entrada de la reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, la designación de instructor y su régimen de recusación, las

normas con arreglo a las cuales se tramitará el mismo y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, se incorpora copia de la historia clínica del paciente y un informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital

En este informe, fechado el 25 de marzo de 2025, se constata que el reclamante “fue diagnosticado de hernia inguinal derecha, indicándose tratamiento quirúrgico mediante acceso laparoscópico TAPP./ Es intervenido el día 1-3-2024 practicándose hernioplastia laparoscópica TAPP, con evolución posoperatoria dentro de la normalidad sin complicaciones inmediatas./ Visto en revisión el 10-4-2024, refiere molestias locales y en exploración se evidencia edema de cordón y sin clara recidiva herniaria. No obstante se solicita ecografía para mejor valoración de la zona./ Acude nuevamente a revisión el 10-5-2024 tras realizar ecografía en Mutua (...). En la exploración en esta revisión se aprecia ya recidiva herniaria que se confirma en la ecografía practicada. Se propone una nueva exploración quirúrgica por vía anterior por lo que se da consentimiento informado y se incluye en lista de espera quirúrgica./ En agosto de 2024, dada la persistencia de sintomatología sobre todo en relación con esfuerzos y no haber sido citado todavía para intervención quirúrgica, es intervenido en otro centro practicándose hernioplastia inguinal derecha por vía anterior”. Se argumenta que la cirugía laparoscópica “tiene una baja tasa de recidivas. No obstante, la tasa de recidivas de dicha técnica es del 2 %. En el consentimiento informado para la cirugía laparoscópica de la hernia, entre otras complicaciones, se menciona expresamente la posibilidad de dolor posoperatorio prolongado a nivel de zona de la operación, así como la posibilidad de reproducción de la hernia. La realización de técnicas mínimamente invasivas no garantiza siempre una recuperación más rápida que las técnicas abiertas, si bien es más frecuente la recuperación precoz”. Se reseña que, “efectivamente se retrasó la reintervención indicada en mayo de 2024 por problemas de lista de espera, lo que condicionó el retraso en la

reparación definitiva de la hernia, así como la incorporación a la actividad laboral”.

4. A continuación, obra en el expediente una pericial librada el 12 de agosto de 2025, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En la misma se aprecia que “la indicación de la cirugía es totalmente correcta”, que el paciente “firma el consentimiento informado (...) donde se incluye la posibilidad de recidiva herniaria y necesidad de reintervención”, que la cirugía se practica “acorde a la normopraxis”, que “el posoperatorio inmediato transcurre sin complicaciones”, que en la revisión de 10 de abril “se observa molestia local (...) sin evidencia clara de recidiva”, solicitándose ecografía; que cuando el paciente acude un mes después con ecografía realizada en la mutua, a la exploración física “se aprecia defecto inguinal compatible con recidiva”, proponiéndose reintervención, “que el paciente acepta”, y que, intervenido en la medicina privada el 29 de agosto, es dado de alta “tras revisión sin complicaciones”. Advierte que “la recidiva precoz (en menos de 2 meses) constituye un riesgo quirúrgico reconocido” y está influido “por múltiples factores, no siempre atribuibles a la técnica quirúrgica ni al profesional actuante”, y que, en las hernias inguinales unilaterales, no se objetivan diferencias “en cuanto a porcentaje de recidiva (2 %)” entre la técnica laparoscópica y las abiertas. Concluye que la necesidad de reintervención responde aquí a la materialización de un riesgo descrito.

5. Evacuado el trámite de audiencia, el 5 de noviembre de 2025 se presenta un escrito de alegaciones, en el que se reseña que, en el historial clínico del centro de salud, se constata que el 8 de abril de 2024 ya se evidencia la recidiva, que el día 10 de ese mismo mes se le pidió en el Hospital una ecografía de control, que, al no ser llamado el paciente para su práctica, se la hizo el 3 de mayo a través de la mutua y que, al acudir de nuevo al Hospital el 10 de mayo con los resultados, se le propone nueva intervención, que acepta, pero “pasan

los meses (...), sigue de baja laboral y no es llamado”, por lo que el 19 de agosto, “habida cuenta de que no le programaron aún nueva intervención (...), su Mutua le da la opción de ser intervenido” en una clínica privada, lo que tiene lugar el 28 de agosto, mediante cirugía abierta. Cuestiona la indicación de la técnica laparoscópica y la praxis médica en la primera cirugía, “no quedando desacreditado del informe pericial que la causa de la recidiva de la hernia inguinal haya sido debida al uso de una malla pequeña, mal cortada o de material inadecuado, a un mal sistema de fijación o a una inexperiencia de la cirujana”.

Concluye que, de no apreciarse esa mala praxis, “ha de reconocerse una relación de causalidad entre el retraso en la intervención y los perjuicios económicos causados”, ya que el reclamante “obtenía más rendimientos por su trabajo que lo que percibía estando de baja” y la dilación deriva de “la inadecuada gestión de las listas de espera” que “convierte en antijurídico el daño sufrido por el paciente”.

De las alegaciones del reclamante y de la documentación obrante en el expediente, se desprende que la dolencia del perjudicado se vincula al ámbito laboral y que la mutua colaboradora intervino de manera efectiva, tanto en el plano diagnóstico como terapéutico, al haberse realizado por cuenta de esta la ecografía donde se objetivó la recidiva y la posterior intervención quirúrgica.

6. El día 24 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que la necesidad de reintervención responde a un riesgo descrito. Respecto al retraso en la reintervención, cita la doctrina de este Consejo Consultivo recogida en los Dictámenes Núm. 269/2019 y 208/2021.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 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 reclamante 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 mediante 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).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 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, la reclamación se presenta el día 3 de marzo de 2025 y el daño por el que se acciona -asociado al fracaso de la cirugía laparoscópica- no se objetiva hasta el mes de mayo de 2024, por lo que, es claro que se reclama del plazo de un año, legalmente determinado.

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

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o

de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". Y en su apartado 2 que, "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que "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 denuncia una mala praxis médica en la indicación quirúrgica, en su práctica y en el retardo en programar la reintervención de una hernia inguinal.

En cuanto a la efectividad de los daños sufridos, la documentación médica incorporada evidencia el fracaso de la cirugía laparoscópica, la necesidad de reintervención y la demora en la programación de esta, que posterga la recuperación del paciente, por lo que es patente la realidad del perjuicio.

Ahora bien, como venimos señalando reiteradamente desde el inicio de nuestra función consultiva, al servicio público sanitario le compete 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 paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

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

También es criterio de este Consejo, 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*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una

violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso examinado, todas las periciales incorporadas al expediente desechan la invocada mala praxis. El informe del servicio interviniente (Cirugía General y del Aparato Digestivo) avala la indicación de acceso laparoscópico, reseña que esta técnica tiene una “baja tasa de recidivas” (2 %), advirtiendo que ese riesgo se menciona en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente y que fue el que aquí se concretó. En el mismo sentido, en la pericial librada por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, se razona que “la indicación de la cirugía es totalmente correcta”, que el paciente “firma el consentimiento informado (...) donde se incluye la posibilidad de recidiva herniaria y necesidad de reintervención” y que la cirugía se practica “acorde a la normopraxis”.

Frente a ello, el reclamante se limita a cuestionar, sin sustento pericial alguno, tanto la indicación de la técnica laparoscópica como la praxis médica en la primera cirugía. Pesando sobre él la carga de la prueba, el perjudicado viene a afirmar que no queda “desacreditado” que la causa de la recidiva “haya sido debida al uso de una malla pequeña, mal cortada o de material inadecuado, a un mal sistema de fijación o a una inexperiencia de la cirujana”, pero no aporta pericial ni indicio alguno que avale esas conclusiones, y en los informes técnicos incorporados a las actuaciones no se advierte infracción alguna de la *lex artis ad hoc*.

Se reprocha también el excesivo retraso en la programación de la reintervención, cuando “el día 10 de mayo de 2024 ya eran plenamente conscientes” de la recidiva y, pese a ello, “se llegó al mes de agosto y no le habían programado una nueva reintervención”, lo que condujo al paciente a aceptar el ofrecimiento de su mutua para operarse en la medicina privada. Es evidente que ese retraso redundaba en un perjuicio y el reclamante esgrime “la inadecuada gestión de las listas de espera” que “convierte en antijurídico el daño sufrido”. En el informe del servicio interviniente, se reconoce que “se

retrasó la reintervención indicada en mayo de 2024 por problemas de lista de espera, lo que condicionó el retraso en la reparación definitiva de la hernia, así como la incorporación a la actividad laboral”.

Al respecto, ya hemos señalado en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 155/2017) que la demora en recibir la prestación sanitaria, que en cada caso corresponda, es consecuencia del sistema de listas de espera instaurado para determinados actos médicos en el seno del servicio público sanitario. Tras la aprobación 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, se establecen las medidas organizativas necesarias para asegurar el acceso de los pacientes a la primera consulta externa, a las primeras pruebas diagnósticas o primeros procedimientos terapéuticos y al tratamiento quirúrgico programado. En materia de intervención quirúrgica programada, el artículo 20 del citado Decreto establece en su apartado 2 el plazo de referencia para el tratamiento quirúrgico, en función de la prioridad asignada a cada paciente. Como venimos señalando reiteradamente, “del Decreto invocado se deriva un compromiso en los tiempos de espera ajustado a cada patología y a las circunstancias del paciente y de la urgencia de la intervención y a los medios disponibles -y no un derecho subjetivo a recibir un tratamiento en un determinado plazo o a ser indemnizado si se rebasa-” (por todos, Dictamen Núm. 249/2022). También hemos manifestado en ocasiones precedentes (entre otras, Dictámenes Núm. 52/2016, 146/2018 y 269/2019) que, de las notas de universalidad y gratuidad que caracterizan al servicio público sanitario y 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; circunstancia que no se da en la medicina privada. Respecto a la específica problemática de las listas de espera, en el Dictamen Núm. 51/2021 recordamos la doctrina de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la

Audiencia Nacional, según la cual, “desde la juridicidad de la lista de espera y al margen del reintegro de gastos en centros privados, cabe entender que serán daños jurídicos, luego existe el deber jurídico de soportarlos, los que se refieran a las molestias de la espera, precauciones y prevenciones que hay que tener en tanto llega el momento de la intervención, la desazón que implica o la rebaja que esto suponga en calidad de vida por controles o vigilancia del padecimiento hasta la operación. Por contra, el daño que se sufra será antijurídico cuando venga dado por una lista en sí mal gestionada o irracional, de duración exagerada o cuando hubiere un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en el curso de esa espera se produjesen empeoramientos o deterioros de la salud que lleven a secuelas irreversibles o que sin llegar a anular sí mitiguen la eficacia de la intervención esperada” (por todas, Sentencia de 31 de mayo de 2000 -ECLI:ES:AN:2000:3702-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª).

En el caso analizado, el paciente opta por un recurso que se le ofrece desde la red sanitaria, por una mutua colaboradora del sistema de Seguridad Social (su mutua) por lo que, aunque se haya sometido a cirugía en un centro privado, no reclama el coste -que no soportó-, sino la compensación que el baremo de referencia establece por la necesidad de someterse a intervención quirúrgica (solicita 1.200 € por la segunda intervención), más una indemnización por “pérdida de calidad de vida” y por “lucro cesante”, al postergarse su recuperación y reincorporación al trabajo. Es claro que el resarcimiento del primer concepto -nueva cirugía- no pende de la demora denunciada, sino de una infracción de la *lex artis* médica que no se acredita, por lo que no puede atenderse. El segundo, que efectivamente se anuda a la tardanza de la cirugía, debe valorarse a la luz de la gravedad de la patología, la urgencia de la intervención y los medios disponibles, observándose que el paciente fue intervenido -a través de mutua colaboradora- el 28 de agosto de 2024, por lo que esa segunda cirugía se practica escasos cuatro meses después de su indicación, lo que no representa un lapso anómalo o exagerado que enerve la carga de soportar el daño. El perjuicio que el reclamante padece

durante esos cuatro meses no puede imputarse a una gestión irregular o anómala de la lista de espera, pues no era exigible ni previsible que la red pública adelantara la fecha en la que la cirugía finalmente se practicó, y no se trata aquí de un reintegro de gastos que pudiera justificarse en la circunstancia de no estar “ni siquiera programada” la intervención en la sanidad pública.

En rigor, tratándose de una dolencia de filiación laboral, pesa sobre la mutua la pertinente cirugía -y la reintervención, al no ser consecuencia de una mala praxis en la primera operación-. Tal como advertimos en nuestro Dictamen Núm. 14/2026, 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), convierte a estas entidades en responsables de este tipo de prestaciones sanitarias y, como tales, “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). Habiendo aquí ofrecido puntualmente -y cumplido- la mutua con las prestaciones que le competen, no cabe imputar a la sanidad pública un retraso en la asistencia, pues es el paciente quien, en ese primer momento, decidió optar por el tratamiento en la sanidad pública, postergando el que le ofrece la mutua -a quien, de ordinario, le corresponde prestar la asistencia sanitaria en el caso de enfermedades laborales (art 80 del referido Real Decreto Legislativo 8/2015)-, de ahí que no proceda reclamar del servicio de salud un eventual retraso asistencial.

En suma, el reclamante no ha realizado el mínimo esfuerzo probatorio dirigido a acreditar la mala praxis que esgrime y los informes librados en el curso de la instrucción coinciden en descartar la infracción de la *lex artis* denunciada, observándose que el retraso en la recuperación del paciente es consecuencia de la necesidad de reintervención -concreción de un riesgo descrito y asumido en el documento de consentimiento informado- y no de la gestión de las listas de espera, así como que el paciente fue atendido puntualmente por la mutua.

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.-