

Dictamen Núm. 80/2026

**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 23 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 12 de febrero de 2026 -registrada de entrada el día 19 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños que atribuye a un error diagnóstico por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** El día 15 de junio de 2025 se presenta el Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial, suscrita por el perjudicado y dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los perjuicios que atribuye a un error diagnóstico.

Relata que, “con fecha 31 de marzo de 2025, después de una caída en el salón de casa, y de resistir dos días con un fuerte dolor en las parrillas costales, con predominio en la parte derecha”, su hijo lo llevó a Urgencias del Hospital

..... y allí, “después de realizar pruebas de radiología, Rx tórax, Rx parrilla costal y Rx CV dorsal”, se alcanza el diagnóstico de “paciente anticoagulado que presenta trauma dorsal/costal dcho., con hematoma en la zona contusa, sin otra complicación clínica, salvo el dolor, ni imágenes de fractura u otra alteración en las pruebas complementarias. Es alta con ajuste en su analgesia oral y seguimiento ambulatorio por su médico de familia”.

Continúa narrando que, dado que el dolor no cesaba en los días siguientes, “con fecha 04-04-2025 se opta por llamar y solicitar el ‘servicio de teleasistencia’, que realiza la vista en el domicilio (...) pero no considera necesario realizar nuevas pruebas que puedan dar respuesta al origen de los fuertes dolores que se mantienen y decide continuar con el tratamiento prescrito en Urgencias”. Tres días más tarde, acude “al médico de cabecera, quien tampoco considera necesario realizar nuevas pruebas (...) y sigue manteniendo el tratamiento recetado en Urgencias”. Finalmente, el día 19 de mayo de 2025 “con el fin de conocer otra opinión médica”, acude a un especialista privado que, “de forma inmediata, modifica el tratamiento con un resultado de un cese casi inmediato de los dolores y solicita un tac de tórax”. En esta prueba se aprecia “el origen de los fuertes dolores que se mantienen desde la caída: la fractura de costillas. Algo que no habían visto ni diagnosticado en Urgencias, ni el ‘servicio de teleasistencia’, ni el médico de cabecera”.

Afirma que “concurren los requisitos para declarar la responsabilidad de la Administración, por cuanto los fuertes dolores, que ha sufrido quien suscribe, son consecuencia de una mala praxis médica, debido al inicial retraso en el diagnóstico de la lesión y, consecuentemente, la ausencia de un tratamiento idóneo para evitar los fuertes dolores”.

Cuantifica los daños sufridos en veinte mil euros (20.000 €), teniendo en cuenta los “fuertes dolores soportados por una persona de 93 años”, y añade a esta cantidad otra “en concepto de responsabilidad económica”, la cual comprende los gastos de farmacia y el coste de la atención en la medicina

privada que ascienden a doscientos ochenta y tres euros con treinta céntimos (283,30 €).

Adjunta diversa documentación clínica relativa al proceso asistencial por el que reclama, entre ellos el informe del tac realizado privadamente el 26 de mayo de 2025, junto con el informe librado por un especialista privado el día 2 de junio de 2025, una receta médica para asistencia privada y dos tickets justificantes de algunos de los gastos que se reclaman.

**2.** Mediante oficio de 1 de julio de 2025, la Jefa del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas aplicables, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

**3.** Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 21 de julio de 2025 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área Sanitaria ..... le remite una copia del "episodio completo de atención en el Servicio de Urgencias de fecha 31-03-2025 y CD con imágenes realizadas". Con posterioridad, remite a la Instructora el informe librado por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital ..... el día 22 de julio de 2025, en el que su autor refiere que en el Servicio de Urgencias "se solicitaron las pruebas complementarias indicadas para la atención urgente que estaba recibiendo y la situación clínica que presentaba, incluyendo estudios de imagen de radiología simple que abarcaban la región torácica, la columna vertebral dorsal y la parrilla costal derecha". Indica que se ha llevado a cabo "una revisión conjunta de estos estudios urgentes de imagen con facultativos de Radiología de Urgencias, concluyendo que no existen signos radiológicos que sugieran la presencia de lesiones óseas agudas evidentes". Afirma que "la atención recibida (...) se ajustó a la práctica clínica recomendada por la medicina de urgencias y emergencias, pautándole los analgésicos indicados

para su cuadro clínico en el momento del alta del Servicio de Urgencias. Se le recomendó control por su médico en 3 o 4 días, no existiendo, en su historia de Atención Primaria, referencia a este episodio hasta el 16 de junio cuando figura la prescripción del analgésico pautado por el traumatólogo privado, que es de la misma familia que el pautado en el Servicio de Urgencias dos meses antes. En este sentido, también se le recomendó volver por el Servicio de Urgencias si el cuadro clínico se complicaba y no consta que acudiera a nueva reevaluación”.

**4.** A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 20 de octubre de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por un facultativo especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y Licenciado en Farmacia. En él, tras relatar el curso clínico del paciente y realizar una serie de consideraciones sobre la valoración de los traumatismos torácicos en Urgencias, señala que “se realizaron en Urgencias todas las pruebas de primera línea indicadas para traumatismo torácico no penetrante en paciente hemodinámicamente estable y sin signos de alarma: anamnesis dirigida, exploración completa, analítica y radiología simple de tórax, parrilla costal y columna dorsal, con resultado negativo para fracturas o complicaciones agudas”. Explica que “en contusiones torácicas de bajo riesgo, sin criterios de inestabilidad ni de complicación respiratoria, la radiología simple es el estudio de elección inicial; el rendimiento para detectar fracturas costales no desplazadas o fracturas de apófisis puede ser limitado, especialmente en pacientes añosos con cambios degenerativos; la negatividad de Rx no obliga *per se* a la realización de un tac urgente si la clínica es controlable y la exploración no sugiere lesión complicada”. Apunta que, “en este caso, la clínica y parámetros permitían manejo ambulatorio con analgesia y control precoz” y que “la tac realizada casi dos meses después mostró una fractura costal derecha (11.º arco costal derecho) no desplazada y fracturas costales antiguas (consolidadas) sin hallazgos que requiriesen intervención urgente ni que, en esa fase, modificasen sustancialmente el manejo

conservador analgésico y funcional ya instaurado. La clínica mejoró con analgesia escalonada”. En cuanto al nexo causal de la actuación sanitaria con los daños reclamados, manifiesta que del expediente no resulta “ningún daño ni perjuicio atribuible a la actuación del Sespa”, pues “el dolor es intrínseco a las contusiones y fracturas no desplazadas, su curso evolutivo suele ser autolimitado con analgesia y medidas físicas, pudiendo persistir semanas en pacientes de edad avanzada. El tac torácico posterior no cambió el manejo (siguió conservador) ni evidenció complicaciones (p. ej. neumotórax, derrame, inestabilidad vertebral) que hubieran requerido otra estrategia. Por tanto, no se acredita que un hipotético tac urgente hubiera evitado el dolor padecido ni acortado significativamente su duración./ Los gastos (consulta privada, tac y fármacos) no derivan de una orden médica del Sespa ni de necesidad clínica urgente no atendida, sino de una opción del paciente en el ámbito privado sin constar reconsulta pública cuando persistió el dolor. No existe nexo causal entre la actuación correcta del Sespa y dichos gastos”. Rechaza la existencia de “pérdida de oportunidad terapéutica” pues, según señala, “no hubo infracción de *lex artis* y el tratamiento habría sido el mismo aun con diagnóstico por tac en la fase aguda”. Señala que, en el Hospital ....., se instauró tratamiento analgésico completo con “además de recomendaciones funcionales (respiración profunda, control del hematoma)./ Esto significa que la estrategia terapéutica inicial ya contemplaba el uso de opioides leves, que es la medida más eficaz para el control del dolor en fracturas costales y contusiones torácicas en pacientes ancianos” y que en este tipo de pacientes, “especialmente con comorbilidades cardiovasculares y antecedentes de fragilidad, la administración de opioides potentes (...) no está indicada como primera línea para el control del dolor por el alto riesgo de efectos adversos”. Entiende que la pauta de tratamiento indicada por el servicio público fue “correcta, segura y proporcional para el dolor postraumático en un paciente senil (...), incluso si las fracturas se hubieran diagnosticado en la fase aguda, porque el tratamiento habría sido idéntico: manejo conservador con analgesia escalonada”.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 3 de diciembre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia, adjuntando una copia del expediente administrativo, y le concede un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar cuantos documentos y justificaciones estime procedentes. No consta la formulación de alegaciones en dicho plazo.

6. El día 15 de enero de 2026, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes incorporados al expediente, al considerar que, la asistencia “fue correcta y adecuada a la *lex artis*. No se puede acreditar ningún daño ni perjuicio atribuible a la actuación del Sespa ni corresponde el abono de gastos reclamados”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de febrero 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 de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En lo referente 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 15 de junio de 2025 y, considerando que el diagnóstico de las fracturas costales se alcanza en la sanidad privada el día 2 del mismo mes, hemos de concluir, aun sin atender el tiempo invertido en la curación de las lesiones, que la acción ha sido ejercitada dentro 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 del informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Por último, se aprecia que, en la fecha de entrada de la solicitud del dictamen en este Consejo, 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 una solicitud, en la que el interesado reclama una indemnización por los daños que atribuye a la ausencia de diagnóstico, por parte del servicio público sanitario, de las fracturas costales sufridas tras una caída, lo que, según afirma, le obligó a soportar “fuertes dolores” y le irrogó además gastos de farmacia y de atención médica privada, cuyo reintegro solicita.

La documentación obrante en el expediente que analizamos acredita que las lesiones sufridas produjeron dolor persistente al interesado, por lo que hemos de tener por acreditado su padecimiento con independencia de cuál deba ser su cuantificación económica, cuestión esta que solo abordaremos de apreciar que concurren el resto de requisitos generadores de la responsabilidad que se demanda. También se encuentran acreditados, con los correspondientes

justificantes de pago, gastos sanitarios y de farmacia por importe total de 130,13 euros.

Puesto que la solicitud del interesado comprende, al menos en parte, el reintegro de los gastos desembolsados por la asistencia recibida en un centro privado, hemos de recordar una vez más (por todos, Dictámenes Núm. 51/2021 y 78/2023) que es preciso distinguir 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.

Respecto a la primera, 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 sanitarios ocasionados “fuera del Sistema Nacional de Salud”, disponiendo que el mismo solo resulta procedente en “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”. Dicho procedimiento no está sometido al dictamen de este Consejo.

Ahora bien, sucede que, en este caso, el perjudicado califica expresamente su escrito como reclamación de responsabilidad patrimonial y anuda la reparación del daño a la asistencia del servicio público, que reputa deficiente por no haber detectado la fractura costal que evidenciaría un mes y medio más tarde el tac pautado en un centro privado. Según lo formalmente instado, la Administración ha tramitado el procedimiento de responsabilidad patrimonial por los gastos ocasionados en la sanidad privada, sin que el reclamante haya formulado objeción alguna en el transcurso de las actuaciones, siendo evidente, por otra parte, que dicha asistencia privada no se ha producido en el contexto de una amenaza vital urgente que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública. 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, habrá que analizar, además de su efectividad, si nos hallamos ante un daño antijurídico -en definitiva, un daño que el perjudicado no tenga la obligación de soportar- y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Como también venimos señalando de forma reiterada, 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, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, 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. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña, en esencia, una vulneración de la *lex artis*.

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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la

atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se consideren las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos, existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso sometido a nuestra consideración, el reclamante entiende que el servicio público sanitario incurrió en “mala praxis médica” en forma de error

diagnóstico y “ausencia de un tratamiento idóneo para evitar los fuertes dolores”. Sin embargo, no aporta prueba pericial alguna que sustente sus imputaciones de mala praxis. Frente a tales reproches, tanto el informe del servicio responsable como el librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, incorporado al expediente en el curso de la instrucción del procedimiento a instancias de la Administración sanitaria señala, de forma razonada, que se actuó en todo momento de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

En efecto, según tales informes, que integran junto con la historia clínica el único acervo documental de que disponemos para formar nuestro juicio, la asistencia prestada al perjudicado fue, en todo momento, correcta. Todos ellos coinciden en señalar que la atención sanitaria se ajustó a la práctica clínica recomendada, pues se realizaron, como se expresa en la pericia librada a instancias de la aseguradora del Sespa, “todas las pruebas de primera línea indicadas para traumatismo torácico no penetrante en paciente hemodinámicamente estable y sin signos de alarma: anamnesis dirigida, exploración completa, analítica y radiología simple de tórax, parrilla costal y columna dorsal”. Las imágenes radiológicas no sugerían, según expresa el servicio responsable en su informe, la presencia de “lesiones óseas agudas evidentes”, confirmando tal falta de evidencia incluso la revisión *a posteriori* de las placas por parte de los radiólogos del citado servicio. El hecho de que las radiografías no hayan mostrado la fractura costal que el paciente sufría no resulta un hecho insólito pues, como se expresa en el informe médico librado a instancias de la aseguradora, su “rendimiento para detectar fracturas costales no desplazadas o fracturas de apófisis puede ser limitado, especialmente en pacientes añosos con cambios degenerativos”. En cualquier caso, como se señala en el mismo informe, “la negatividad de Rx no obliga *per se* a la realización de un tac urgente si la clínica es controlable y la exploración no sugiere lesión complicada”, lo que sucedía en el asunto que analizamos; pero, incluso si se hubiera practicado en la sanidad pública un tac urgente, no se

habría variado el manejo “conservador con analgesia escalonada” de la fractura, que fue también el pautado en la medicina privada, y tampoco se “hubiera evitado el dolor padecido ni acortado significativamente su duración”. Respecto al padecimiento del enfermo, todos los informes coinciden en destacar que es “intrínseco a las contusiones y fracturas no desplazadas” y que puede “persistir semanas en pacientes de edad avanzada”, incluso con una pauta analgésica correcta, segura y proporcional para el tratamiento de esta lesión que incluye un antiinflamatorio no esteroideo y un opioide débil -de la misma familia que el pautado en la sanidad privada, según expresa el servicio responsable- considerando que “en pacientes de edad avanzada, especialmente con comorbilidades cardiovasculares y antecedentes de fragilidad, la administración de opioides potentes (...) no está indicada como primera línea para el control del dolor por el alto riesgo de efectos adversos”.

En cuanto a los gastos médicos en que incurrió el paciente al acudir a la sanidad privada, coincidimos con el perito de la aseguradora del Sespa, en que los mismos derivan de la libre decisión del paciente que optó por recurrir a la medicina privada, en lugar de reconsultar en la sanidad pública, ante la persistencia de un dolor que, transcurridas seis semanas desde el traumatismo, no terminaba de ceder. El hecho de que no se haya detectado la fractura costal en las pruebas radiológicas practicadas en el centro público no integra, como antes se ha razonado, una praxis asistencial deficiente y, por tanto, susceptible de generar una pérdida de confianza en el sistema tributaria del reintegro de gastos en los términos señalados, entre otros, en nuestros Dictámenes 56/2013 y 275/2021.

En suma, no se ha acreditado por el reclamante que haya existido ninguna infracción de la *lex artis* en el proceso asistencial. Frente a ello, los informes médicos incorporados al expediente en el curso de la instrucción acreditan que se pusieron a disposición del paciente todos los medios para alcanzar el diagnóstico de la dolencia correspondiente a los síntomas que presentaba y para tratarlos adecuadamente. Por todo ello, hemos de concluir

que los daños alegados no pueden conectarse causalmente con el funcionamiento del servicio público, por lo que la pretensión resarcitoria del reclamante no puede ser acogida.

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.-