

Dictamen Núm. 152/2026

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 julio 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 16 de marzo de 2026 -registrada de entrada el día 20 del mismo 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 solicitud de una segunda opinión y el tratamiento quirúrgico de una vesícula esclerotrófica.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 26 de septiembre de 2025, tiene entrada en la Consejería de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios, remitida por el Área Sanitaria, que la reclamante atribuye a una negligente actuación del servicio público sanitario.

Expone que, el 19 de agosto de 2024, acudió al Centro de Salud “por un dolor abdominal/lumbar”, siendo derivada al Hospital, donde es ingresada por presentar altos niveles de bilirrubina y valores hepáticos alterados. Refiere que, durante el ingreso, “se olvidan de firmarle el alta”, que no se

produce hasta el lunes 26 de agosto de 2024. Sostiene que la doctora le “obligó a firmar un consentimiento para realizar la intervención, sin posibilidad de leerlo” y asegura que, “en ningún momento fue informada de que corría riesgo de sufrir una papilotomía y esfinterotomía irreversible”. Continúa su relato indicando que el 29 de agosto fue sometida a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (en adelante CPRE), “que no salió bien, obligando a colocar dos prótesis biliares”. Añade que, tras la CPRE, sufrió múltiples complicaciones, consistentes en episodios recurrentes de colangitis, sepsis, abscesos hepáticos y colecistitis, que motivaron diversos ingresos hospitalarios y tratamientos antibióticos. La reclamante sostiene que “ha sido víctima de una mala praxis que ha afectado seriamente a su salud al padecer infecciones recurrentes que quitan la vida poco a poco’ y que han originado daños físicos, psicológicos y económicos”. Considera que “la CPRE no debería haberse realizado ya que no está indicada ‘en casos leves que presentan buena evolución en las primeras 24 horas, con tratamiento médico’ y, en este caso, a la paciente no se le aplicó ningún tratamiento médico para que el cálculo biliar fuera expulsado y, de hecho, uno de ellos fue expulsado espontáneamente”.

Afirma que, “entre las contraindicaciones para la realización de la CPRE destaca la ‘anomalía anatómica de la zona de la papila, en particular, cuando el papilotomo no se puede colocar de forma adecuada’, la cual debería de haber sido observada, tanto en (la resonancia magnética) que se realizó el día 23 de agosto de 2024 como en el mismo momento de la intervención, a través del ecógrafo”.

Por todo lo anterior, solicita una indemnización “equivalente al coste que pueda suponer el tratamiento, en centro público o privado, para la realización de una cirugía mínimamente invasiva (a través de método Uniportal VATS -si ello fuera posible-), con objeto de reparar los daños y perjuicios causados”.

2. Mediante oficio de 30 de septiembre de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere a la interesada para que -en el plazo de diez días- proceda a la cuantificación

económica del daño o, en su defecto, indique las causas que motivan la imposibilidad de realizarla, con la advertencia de que, si así no lo hiciera, “se producirá la imposibilidad de continuar la tramitación del procedimiento” y “se le tendrá por desistida en su reclamación”.

El 30 de octubre de 2025, la interesada atiende al requerimiento formulado y facilita una relación de los importes satisfechos en la consulta de diversos especialistas, en el ámbito de la sanidad privada, adjuntando las facturas correspondientes. Asimismo, comunica que en el próximo mes de noviembre acudirá a un centro hospitalario para valoración, puesto que el Servicio de Cirugía del Hospital “considera, a la vista del estado de la vesícula biliar, que no pueden extirparla”. La interesada afirma que “una vesícula escleroatrófica puede ocasionar una pancreatitis necrotizante, con destrucción de tejido de páncreas o un adenocarcinoma (...) -según Kanthan R, Senger JL, Ahmed S-”.

3. Con fecha 3 de noviembre de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

4. Con fecha 13 de noviembre de 2025, se registra un escrito de la interesada, por medio del cual pone de manifiesto que, por parte del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital, “no se indica cirugía” y que “se procede al alta por dicho Servicio” el 22 de octubre de 2025; mientras que, con fecha 5 de noviembre de 2025, el facultativo de un hospital privado considera que “debería ser intervenida realizándose colecistectomía”. Comenta que, el día 27 de ese mes, acudirá a la consulta de un centro privado “para valoración y posible intervención”.

Adjunta a su escrito copia de los informes referenciados en su escrito y de la factura de un hospital privado por importe de 100 euros.

5. El 9 de diciembre de 2025, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias documentación correspondiente a un centro hospitalario privado, consistente en una factura, de fecha 27 de noviembre de 2025, correspondiente a una consulta de Cirugía General y del Aparato Digestivo, por importe de 135 euros; la solicitud de una prueba de diagnóstico por imagen y el volante de citación para su realización el 23 de diciembre de 2025; el volante de citación para consulta en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, programada para el 7 de enero de 2026 y el presupuesto de la intervención de colecistectomía por laparoscopia.

6. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 11 de diciembre de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria le remite una copia de la historia clínica de la paciente y los informes elaborados por los Servicios de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Hospital

En el informe librado el 1 de diciembre de 2025 por el Jefe de Servicio de Aparato Digestivo, respecto al consentimiento informado, señala que “existió un margen temporal suficiente (...) para que la paciente pudiera en cualquier momento consultar sus dudas o inquietudes, así como para la revocación del mismo, dado que la exploración no fue realidad hasta varios días después”. En cuanto a la papilotomía y esfínterotomía, explica que no constituyen complicaciones de la exploración, sino “actuaciones de todo punto inherentes a la misma, dado que el acceso a la vía biliar requiere el referido corte del esfínter y canulación de la vía biliar a través de la papila”. Sobre la intervención de CPRE, indica que “la actuación profesional fue absolutamente correcta, máxime ante una situación con alta complejidad técnica”.

El Jefe de Servicio de Cirugía General, en el informe suscrito el 4 de diciembre de 2025, expone la asistencia dispensada a la paciente en el referido servicio y sostiene que “ha sido tratada según *lex artis* y (de) todos los procedimientos a los que se sometió la paciente, fue informada verbalmente y además se le entregó consentimiento escrito, que la paciente firmó”.

7. A continuación, obra incorporado al expediente el informe técnico de evaluación, realizado por la Instructora del procedimiento el 16 de diciembre de 2025. Razona que, en base a la bibliografía médica que cita, “los procesos inflamatorios abdominales confieren una condición adherencial, que dificulta la disección del triángulo cistohepático complicando la identificación de estructuras anatómicas a la hora de acometer la colecistectomía” y que, por ello, “en el caso de esta paciente, sus médicos han descartado la cirugía optando por una actitud expectante, atendiendo al balance riesgo beneficio de la misma”.

8. Mediante oficio de 17 de diciembre de 2025, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 30 de enero de 2026 la interesada registra un escrito, por medio del cual manifiesta que, el 2 del mes siguiente, va a ser sometida a una colecistectomía en un hospital privado, por lo que solicita “la ampliación del plazo”, con el fin de aportar el informe y la documentación complementaria tras la cirugía.

9. Con fecha 2 de febrero de 2026, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, reproduciendo íntegramente el contenido del informe técnico de evaluación que ella misma había suscrito el 16 de diciembre de 2025.

Con relación a la petición de ampliación de plazo de alegaciones, señala que “no procede puesto que el objeto de la reclamación es la indemnización por los gastos diagnósticos incurridos y presupuesto correspondiente al coste de la cirugía uniportal tipo VATS, en centro privado, para reparar los daños y perjuicios causados, que han sido cuantificados en tiempo y forma y solamente en caso de estimación de la reclamación correspondería acreditar el pago efectivo de los mismos”.

Finalmente, concluye que “la reclamante ha recibido asistencia conforme a la *lex artis*”.

10. A continuación, se incorporan al expediente un escrito de alegaciones presentadas por la reclamante el 16 de febrero de 2026, por medio del cual manifiesta que el 2 de febrero de 2026 fue intervenida en un centro privado mediante colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar), con posoperatorio sin incidencias, recibiendo el alta el 4 de febrero. Expone que los cirujanos hepato-biliares del Hospital se negaron a realizar la intervención, alegando alto riesgo y necesidad de cirugía abierta, lo que, a su juicio, supuso una denegación de su derecho a la protección de la salud (artículo 43 CE). Por último, alega que, de haberse derivado antes al centro privado, se habría evitado sufrimiento y un gasto mucho menor para la sanidad pública (2 días de hospitalización frente a 52 en el Hospital, múltiples urgencias y consultas).

Solicita que el servicio público sanitario asuma, al menos, los gastos ocasionados por la intervención de colecistectomía laparoscópica realizada en un centro privado, adjuntando informe del alta hospitalaria de dicho centro y las facturas y los justificantes de pago de la intervención y de las pruebas preoperatorias.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de marzo 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 la interesada activamente legitimada 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 cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el expediente examinado, la interesada imputa al servicio público sanitario los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada en el curso de un proceso de coledocolitiasis, que requirió la realización de una CPRE el 29 de agosto de 2024, así como la posterior evolución complicada con episodios de colangitis de repetición, drenaje de abscesos hepáticos y colocación de catéteres que requirió múltiples ingresos hospitalarios entre octubre de 2024 y enero de 2025. Asimismo, aunque no consta la fecha exacta de presentación de la reclamación, atendiendo al hecho de que, en la fecha en que ha tenido entrada

en el órgano instructor -26 de septiembre de 2025-, la interesada se encontraba pendiente de realizar una cirugía que, finalmente, se llevó a cabo en el ámbito privado una vez iniciada la instrucción del procedimiento. Por tanto, resulta claro que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año, 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 de los informes de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Se aprecia que las alegaciones fueron presentadas una vez transcurrido el plazo concedido al efecto y librada la propuesta de resolución, por lo que no existe obligación de dar respuesta específica a su contenido, sin perjuicio de su incorporación al expediente administrativo. Ahora bien, se observa que su contenido, por ser una reiteración de los escritos anteriores, no altera las conclusiones alcanzadas durante la instrucción del procedimiento ni desvirtúan los informes obrantes en el expediente.

Finalmente, se aprecia que, en el momento de emitir el presente dictamen, ha sido 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 se solicita el resarcimiento de los gastos asumidos por la reclamante como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el ámbito de la medicina privada.

En el presente caso, la interesada fue sometida a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), presentado varios procesos infecciosos (colangitis aguda, sepsis y absceso hepático) que requirieron múltiples ingresos hospitalarios. Asimismo, consta entre la documentación remitida que la perjudicada acudió a la medicina privada en busca de una segunda opinión, donde finalmente se le practicó una colecistectomía laparoscópica. La reclamante aporta los justificantes que acreditan los gastos afrontados en la medicina privada que guardan relación con la patología por la que, previamente, fue atendida en la sanidad pública. 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 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 tras la decisión de los servicios públicos de no indicar la realización de una colecistectomía por considerar que no concurría indicación quirúrgica, circunstancia que llevó a la reclamante a acudir a la medicina privada, donde finalmente fue intervenida. 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).

En el caso analizado, la paciente, tras una atención inicial en la sanidad pública, finalmente, fue intervenida en un centro privado, cuyo coste constituye el objeto de la presente reclamación.

Este Consejo ya se ha pronunciado en ocasiones anteriores sobre las circunstancias en las que la pérdida de confianza en el sistema público resulta legítima y, por tanto, puede dar lugar al reembolso de esos gastos privados. Así, ha manifestado (por todos, Dictámenes Núm. 56/2013 y 51/2021) que, para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario, hemos de 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 objetivamente esa pérdida de confianza y ha de quedar igualmente acreditado que esa infracción de la *lex artis* es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida, para lo cual hemos de efectuar un juicio de regreso sobre la entidad de la patología finalmente diagnosticada (...). De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, ha de apreciarse que el paciente actúa de buena fe, ejerciendo una opción condicionada por las circunstancias del caso, sin que se perciba un ánimo premeditado de abandonar el servicio público invocando la desconfianza como pretexto para endosar el coste de su libre elección a la Administración pública y justificar la exigencia posterior de una reparación del daño patrimonial sufrido. Y, para ello, hemos de valorar si la desconfianza generada pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales”.

Asimismo, ya hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictámenes Núm. 146/2018, 269/2019 y 208/2021), que, de las notas de universalidad y gratuidad que caracterizan al servicio público sanitario -que obviamente no se dan en la sanidad privada-, se derivan una serie de servidumbres, lo que determina que el tiempo de los actos médicos en el ámbito del servicio público haya de ser necesariamente objeto de priorización y adecuación a la evolución de los síntomas. Resultando entendible que, quien puede costearlo, acuda en ciertos escenarios a la medicina privada, no puede

obviarse que la compensación de esos gastos vendría a introducir un factor de discriminación frente a quien no puede asumirlos. Como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 10 de julio de 2023 -ECLI:ES:TSJAS:2023:1794- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), sobre la posibilidad de que el usuario de la sanidad pública acuda al sector privado para recibir asistencia, con la pretensión de que le sean resarcidos los costes, con cita de otras sentencias subraya que “no hay pues un derecho de opción del beneficiario entre los servicios públicos y los privados”, por lo que el reintegro de los gastos derivados de la asistencia privada tiene un carácter “excepcional y restrictivo”. Solo procede cuando concurren los presupuestos de la responsabilidad patrimonial, de modo que el paciente haya acudido inicialmente a la sanidad pública y quede acreditado que la asistencia privada vino impuesta por una actuación negligente, una demora injustificada o una inactividad de la Administración, debiendo, además, comunicar previamente su intención de acudir a la medicina privada, salvo en supuestos de urgencia vital.

En primer lugar, la reclamante considera que ha sido víctima de una mala praxis, al entender que la CPRE no estaba indicada en su caso, ya que debería haberse aplicado previamente tratamiento médico, manteniendo una actitud expectante. Asimismo, considera que dicha intervención estaba contraindicada por anomalías anatómicas. Como consecuencia de lo anterior, manifiesta haberse visto afectada seriamente, padeciendo infecciones recurrentes.

Respecto a la indicación quirúrgica de la CPRE, la reclamante afirma que “no debería haberse realizado ya que no está indicada ‘en casos leves que presentan buena evolución en las primeras 24 horas, con tratamiento médico’ y, en este caso, a la paciente no se le aplicó ningún tratamiento médico para que el cálculo biliar fuera expulsado y, de hecho, uno de ellos fue expulsado espontáneamente”. En contraposición a ello, el Jefe de Servicio de Aparato Digestivo del Hospital entiende “absolutamente equivocado el enfoque argumental realizado, dado que ciertamente lo que no se encuentra indicada es la realización de una CPRE con carácter ‘urgente/inmediato’ en quienes inicialmente evolucionan de forma favorable, como así fue el caso, por lo que de

hecho se planteó su realización de forma diferida, pero no así el que exista un tratamiento médico que permita una hipotética 'expulsión' del cálculo, ya que la referencia a evolución favorable en las primeras horas 'con tratamiento médico' se atañe a tratamiento de soporte hidroelectrolítico, analgésico y en su caso antibiótico, pero no a la posibilidad de tratamiento que permita de forma efectiva la disolución o 'expulsión' de los cálculos, máxime en ausencia de una esfínterotomía previa y con unas vesículas repletas de litiasis que pudieran asimismo devenir en nuevas coledocolitiasis, debiendo por ello actuarse frente a la coledocolitiasis, la cual presenta en cambio alto riesgo de desarrollo de pancreatitis biliar".

Y sobre la tesis que mantiene la reclamante de no realizar la CPRE, confiando en una especie de "autorresolución espontánea" de la situación mediante la "expulsión de los cálculos", el especialista advierte que se trata de "una afirmación incorrecta y carente de rigor, basada en una supuesta información previa recibida por la paciente y recogida en su escrito, según la cual en la RMN realizada el día 23 de agosto existían dos cálculos, por lo que el hecho de que al realizar la CPRE únicamente existía uno, podría efectivamente interpretarse en ese sentido, pero sin ser posible hacerlo de ese modo, dado que en la literalidad del informe de la referida RMN (...) en ningún momento se hace referencia a la existencia de dos coledocolitiasis, sino a que 'en colédoco distal se identifica una pequeña coledocolitiasis, de unos 4 mm', luego (fue) una y no dos las coledocolitiasis inicialmente detectadas, por más que entiendo que el término técnico de coledocolitiasis probablemente haya inducido erróneamente a la reclamante a entender como plural lo que sin embargo en este caso es absolutamente singular".

En segundo lugar, la reclamante sostiene que, entre las contraindicaciones para la realización de la CPRE "destaca la 'anomalía anatómica de la zona de la papila, en particular, cuando el papilotomo no se puede colocar de forma adecuada', la cual debería de haber sido observada, tanto en la RM que se realizó el día 23 de agosto de 2024, como el mismo momento de la intervención, a través del ecógrafo". Al respecto, el Jefe del

Servicio de Aparato Digestivo señala en el informe librado el 1 de diciembre de 2025, que se trata de otra interpretación errónea, ya que “con ello lo que se está describiendo no es una situación en la que la CPRE se encuentre contraindicada, sino una situación en la que es extremadamente difícil su realización, al disminuir de forma muy significativa la posibilidad de canalizar la vía biliar, lo que obliga a desistir de realizar la CPRE y a plantear otro tipo de actuaciones, cuyas tasas de complicaciones y resolución presentan un balance muy desfavorable respecto a la CPRE, por lo que más que a una mala praxis al haberse realizado una CPRE que la reclamante refiere como ‘contraindicada’, antes al contrario refleja la excelente profesionalidad y buen quehacer del profesional que realizó la técnica, quien incluso bajo dichas circunstancias adversas consiguió canalizar la vía biliar, extraer la coledocolitiasis y minimizar los riesgos de las complicaciones inherentes al propio procedimiento, y que en este caso, debido a lo (...) comentado, se encontraban significativamente aumentadas”.

De otro lado, la reclamante plantea que debería haberse identificado previamente la disposición de la papila mediante una ecografía o resonancia, a lo que el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo responde que desconoce “bajo qué fundamento técnico puede apoyarse esa afirmación, dado que una cosa es la imagen radiológica y otra bien diferente el acceso y situación real conseguido durante el acceso endoscópico, pero en todo caso (...) lo cierto es que, en el hipotético caso de que mediante cualquier técnica actual o futura pudiera predecirse una dificultad técnica en el acceso a la papila, ello no debería constituir una contraindicación para realizar una CPRE, posicionarse endoscópicamente frente a la misma, y que en dicho momento sea precisamente el profesional que realiza la técnica quien valore si ciertamente la papila es o no accesible para el procedimiento”.

En relación con la cirugía de CPRE, la reclamante señala que “no salió bien, obligando a colocar dos prótesis biliares, debido a la ‘dificultad de acceso por orientación papilar anatómicamente desfavorable’”; lo que, a juicio del Jefe del Servicio implicado, es “absolutamente incorrecto”, ya que, “pese a la existencia de importantes dificultades técnicas dada la orientación desfavorable

de la papila duodenal para permitir el acceso a la vía biliar, tras realizar las referidas esfínterotomía y papilotomía (...) se produjo en un primer intento una canalización de vía pancreática, situación no necesariamente pretendida pero que ocurre habitualmente en estos procedimientos, máxime cuando existen las referidas dificultades de acceso, por lo que conforme a lo sucedido se procedió asimismo a la recomendación actualmente vigente en la evidencia científica y según *lex artis*, consistente en colocación de una prótesis pancreática, entendida como 'defensiva' para minimizar la posibilidad posterior de desarrollo de una pancreatitis". Y añade que, durante esta intervención de CPRE, se optó "por dejar una segunda prótesis (...), con el fin asimismo de evitar complicaciones futuras, dadas las dificultades técnicas surgidas durante el procedimiento". Por todo ello, defiende que "la actuación profesional fue absolutamente correcta".

Por lo que se refiere a la información suministrada a la paciente durante el proceso asistencial, se alega en la reclamación que la facultativa le "obligó a firmar un consentimiento para realizar la intervención, sin posibilidad de leerlo" y que, "en ningún momento fue informada de que corría riesgo de sufrir una papilotomía y esfínterotomía irreversibles" sino que solo fue advertida sobre la posibilidad de sufrir una "pancreatitis, sangrado e, incluso perforación del conducto biliar". Pues bien, en el informe del Servicio de Aparato Digestivo, al que ya nos hemos referido, se defiende que la paciente fue debidamente informada y así consta en la historia clínica remitida, en la que figura un documento de "consentimiento informado para la realización de una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y esfínterotomía" (doc. 439670 URGENCIAS 19 08 2024 1, CD 48), en el que se advierte expresamente que "el hallazgo de determinadas patologías puede requerir la realización de una esfínterotomía endoscópica (corte de la papila) con la ayuda de corriente eléctrica (esfínterotomo), que amplía el orificio papilar permitiendo un mejor drenaje de la bilis o la extracción en el mismo acto de cálculos que se encuentran en la vía biliar". Además, entre los riesgos típicos que pueden presentarse se enumeran, entre otros, la "perforación, infección, sepsis, pancreatitis", así como "las derivadas de la utilización de corriente eléctrica, que

pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad”. Este documento se encuentra firmado por la paciente el 23 de agosto de 2024, es decir, cinco días antes de la intervención de CPRE -que se llevó a cabo el 29 del mismo mes-, por lo que resulta evidente que existió un intervalo temporal suficiente entre el otorgamiento del consentimiento informado y la práctica de la exploración, lo que garantizaba a la paciente la posibilidad de formular cuantas dudas o aclaraciones considerase necesarias, así como de revocar en cualquier momento el consentimiento prestado.

Cabe precisar, no obstante, que la papilotomía y esfinterotomía, según las explicaciones del Jefe de Servicio de Aparato Digestivo, “no constituyen en modo alguno complicaciones de la exploración, sino actuaciones de todo punto inherentes a la misma, dado que el acceso a la vía biliar requiere el referido corte del esfínter y canulación de la vía biliar a través de la papila, corte que efectivamente es irreversible, pero sin que ello constituya no ya una mala praxis sino antes al contrario una praxis correcta y de todo punto necesaria, siendo precisamente las complicaciones posibles las que sobrevienen de dichas actuaciones de corte, pero no el hecho de que el mismo deba realizarse, dado que en caso contrario sería (...) absolutamente imposible realizar el procedimiento”. Al respecto, señala que, de no haberse efectuado, “no hubiera sido en absoluto posible realizar de forma exitosa el día 29 de agosto de 2024 la extracción de la coledocolitiasis que presentaba la paciente, lo cual hubiera conducido en todo caso a plantear su extracción mediante otro tipo de procedimientos con peor balance riesgo-beneficio que la realización de una CPRE”.

En consecuencia, las complicaciones identificadas por la reclamante como riesgos de los que no fue informada son, en realidad, maniobras necesarias para la adecuada ejecución de la intervención y respecto de las cuales la paciente había otorgado válidamente su consentimiento.

En cuanto a la alegación relativa al supuesto “olvido” del alta hospitalaria durante el primer ingreso (del 19 al 26 de agosto de 2024), el Jefe del Servicio

de Aparato Digestivo rechaza la existencia de tal incidencia y señala que la permanencia de la paciente ingresada durante el fin de semana respondió a “una decisión expresa de mantener bajo vigilancia unos días más, tras haberse confirmado el día 23 de agosto la existencia de coledocolitiasis, dado que el fin del alta era evitar una prolongada hospitalización innecesaria, pero no que la paciente acudiera a su domicilio durante el fin de semana”. Esta explicación pone de manifiesto que la continuidad del ingreso respondió a un criterio estrictamente asistencial y no a un error u omisión en la gestión del alta.

Por otra parte, la interesada señala que, tras la CPRE, sufrió múltiples complicaciones consistentes en episodios recurrentes de colangitis, sepsis, abscesos hepáticos y colecistitis, que motivaron diversos ingresos hospitalarios y tratamientos antibióticos. En el informe del Servicio de Aparato Digestivo referido se analizan los múltiples ingresos acaecidos entre octubre de 2024 y enero de 2025, así como la asistencia dispensada, concluyendo que “se procedió con exquisita profesionalidad y adecuado balance de riesgo-beneficio, siendo posible la reiteración de la colangitis, respecto a lo cual en esa fase del proceso asistencial únicamente cabe realizar las actuaciones que fueron efectuadas, sin otro tipo de decisión o procedimiento que permitiera mitigar el riesgo de nuevo cuadro de colangitis”. Subraya que las infecciones recurrentes se deben “a la propia naturaleza de su proceso y en modo alguno la iatrogenia” y niega cualquier relación de estos procesos con la papilotomía o la esfínterotomía que se le practicaron.

En suma, el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo sostiene que la atención dispensada a la paciente fue “rigurosa, prudente y conforme a la *lex artis*, minimizando los riesgos de las diversas actuaciones requeridas para su asistencia, y careciendo en cambio del más mínimo rigor o fundamento afirmaciones pretendidamente científicas por su parte”.

Pues bien, las explicaciones técnicas y detalladas sobre la asistencia sanitaria prestada -ofrecidas de forma exhaustiva y pormenorizada por el Servicio de Aparato Digestivo- no han sido refutadas por la reclamante, quien no ha aportado ningún elemento de prueba en apoyo de su pretensión. A este

respecto, debe recordarse que, según reiterada jurisprudencia, las alegaciones relativas a una eventual negligencia médica deben acreditarse mediante medios probatorios idóneos, singularmente, a través de informes periciales médicos, por tratarse de una cuestión de carácter eminentemente técnico que exige conocimientos especializados para su adecuada valoración.

Finalmente, dado que la reclamante interesa igualmente el resarcimiento del coste de la intervención de colecistectomía, a la que decidió someterse en un centro sanitario privado, procede examinar si la negativa de los servicios públicos a indicar dicha intervención fue o no conforme a la *lex artis* y si, en consecuencia, concurren los presupuestos necesarios para imputar a la Administración el coste de la asistencia recibida en el ámbito privado.

Consta en el expediente un informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital, de fecha 22 de octubre de 2025 (folio 331 de la historia clínica), en el que, tras la valoración de la paciente, se hace constar la existencia de una "vesícula de muy pequeño tamaño, sospechosa de posible escleroatrófica". En el mismo informe, se recoge expresamente que "no se indica cirugía" y que "se explica a paciente, que está muy demandante, que la escleroatrófica es no funcionante y no tiene indicación (quirúrgica), así como (que existe) alto riesgo de lesión de VB (vía biliar)". Ese mismo día se le dio el alta por dicho servicio, remitiéndola nuevamente a consulta del Servicio de Aparato Digestivo por presentar "dolor abdominal inespecífico".

Frente a este criterio asistencial, la interesada aporta un informe emitido por un centro hospitalario privado, correspondiente a la consulta celebrada el 5 de noviembre de 2025, en el que el especialista concluye que la paciente "debería ser intervenida realizándose colecistectomía" (folio 34 del expediente). Finalmente, el 2 de febrero de 2026 fue sometida a dicha intervención en ese centro privado, cuyo coste reclama ahora en el presente procedimiento. En apoyo de su pretensión, la reclamante sostiene, en el escrito presentado el 30 de octubre de 2025, que una vesícula escleroatrófica puede ocasionar complicaciones graves, entre ellas una pancreatitis necrotizante o un adenocarcinoma, citando para ello diversa bibliografía científica.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Cirugía General, en el informe de 4 de diciembre de 2025, ratifica el criterio ya expresado en la consulta de 22 de octubre de 2025, reiterando que, atendiendo a la situación clínica de la paciente, “en principio la vesícula escleroatrófica, no tiene indicación de cirugía”, razón por la que se acordó su remisión al Servicio de Aparato Digestivo para continuar el seguimiento clínico. En la misma línea se pronuncia la instructora en el informe técnico de evaluación, quien, con apoyo en literatura médica, señala que “los procesos inflamatorios abdominales confieren una condición adherencial, que dificulta la disección del triángulo cistohepático complicando la identificación de estructuras anatómicas a la hora de acometer la colecistectomía”, citando a estos efectos a Strasberg et al. (2016), quienes analizan las dificultades técnicas en la cirugía biliar compleja y la necesidad de extremar la valoración del riesgo en este tipo de intervenciones. Añade la Instructora que, “por ello en el caso de esta paciente, sus médicos han descartado la cirugía optando por una actitud expectante, atendiendo al balance riesgo beneficio de la misma”, lo que refuerza la adecuación del criterio clínico seguido por el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Así las cosas, no es posible concluir que la decisión adoptada por ese servicio del Hospital se apartara de la *lex artis ad hoc*. Antes al contrario, consta que la paciente fue valorada por dicho servicio, que se examinó la situación clínica derivada de la existencia de una posible vesícula escleroatrófica y que, tras dicha valoración, se consideró que no existía indicación quirúrgica, informándose a la interesada de los motivos clínicos que fundamentaban tal decisión, singularmente, la ausencia de indicación de colecistectomía y el elevado riesgo de lesión de la vía biliar, acordándose su remisión al Servicio de Aparato Digestivo para continuar el seguimiento.

Frente a este criterio, la reclamante aporta únicamente un informe emitido por un especialista de la medicina privada que recomienda la realización de una colecistectomía, intervención que finalmente fue practicada en dicho ámbito. Sin embargo, dicho informe no permite concluir que la actuación de los servicios públicos fuera contraria a la *lex artis*, del mismo modo que la posterior

práctica de la intervención en un centro privado no desvirtúa, por sí sola, la corrección del criterio clínico seguido por los facultativos del servicio público. En efecto, la indicación quirúrgica en un supuesto como el presente admite distintas opciones terapéuticas clínicamente aceptables, cuya elección corresponde al juicio profesional del facultativo, tras ponderar las circunstancias concurrentes y la relación entre los beneficios esperables y los riesgos de la intervención. En consecuencia, la circunstancia de que un especialista de la medicina privada optara por asumir el tratamiento quirúrgico no invalida la previa decisión adoptada por el servicio público, cuando esta respondió a una valoración clínica motivada y razonable, acorde con la *lex artis*.

Tampoco desvirtúa dicha conclusión la cita bibliográfica aportada por la reclamante acerca de las potenciales complicaciones asociadas a una vesícula esclerotrónica. La literatura científica invocada pone de manifiesto la posibilidad de que puedan presentarse determinadas complicaciones en este tipo de pacientes, pero no acredita que, en las concretas circunstancias concurrentes en este caso, existiera una indicación ineludible de tratamiento quirúrgico ni, menos aún, que la decisión de descartar la opción quirúrgica se apartara de los estándares asistenciales exigibles.

En definitiva, los informes emitidos por los Servicios de Aparato Digestivo y de Cirugía General coinciden en que la asistencia dispensada a la reclamante fue, en todo momento, conforme a la *lex artis ad hoc*, justificando tanto la indicación de la CPRE y las actuaciones realizadas durante su ejecución como la posterior decisión de no indicar la colecistectomía. Tales conclusiones no han sido desvirtuadas mediante prueba pericial alguna, sin que el informe aportado por la interesada permita apreciar que el criterio seguido en el ámbito privado fuera el único clínicamente correcto o que la actuación de los servicios públicos resultara contraria a la buena práctica médica.

Considerando todo lo anterior, hemos de concluir que la decisión personal de la perjudicada de acudir a la sanidad privada y la subsiguiente pretensión de repercutir su coste en la colectividad no pueden basarse en la contravención de

la *lex artis* en el funcionamiento del servicio público, lo que impide que la reclamación de responsabilidad patrimonial pueda 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.-