

Dictamen Núm. 154/2026

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 15 de abril de 2026 -registrada de entrada el día 22 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los gastos abonados en la sanidad privada tras una pérdida de confianza en el servicio público de salud.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El 9 de septiembre de 2025 la interesada presenta en una oficina de correos una “reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, en solicitud de reintegro de gastos médicos generados por la asistencia” recibida “en la medicina privada, y los gastos futuros que se deriven de ello, por la denegación de asistencia de la sanidad” pública, indicando haber acudido a numerosas consultas en el ámbito público sin encontrar alivio para unos dolores difíciles de soportar, continuos e incapacitantes, que eran abordados farmacológicamente.

Refiere que el día 12 de mayo de 2024, mientras trabajaba, sintió un fuerte dolor, por lo que acudió al Servicio de Urgencias del centro de salud más cercano, donde se le administra Nolotil intramuscular y se le pauta (...) naproxeno; vuelve al mismo centro el día 16 por empeoramiento”, y “prosigue con tratamiento farmacológico”. Señala que el 29 de mayo “nuevamente” sufrió “paralización y ante la imposibilidad de continuar trabajando” y la de moverse, pues no podía levantarse ni agacharse y “cualquier movimiento (le) provocaba un dolor insoportable desde la lumbar hasta la planta del pie”, una compañera de trabajo la lleva a su propio centro de salud, donde se le da la baja por incapacidad temporal, en la que permanece “desde entonces”; tanto en esa fecha como en las consultas de 3, 7 y 18 de junio, se opta por el tratamiento farmacológico, que se va ajustando. El 16 de junio de 2024, “ante el dolor insoportable desde la lumbar a la planta del pie izquierdo, que no remitía con la medicación, acude al Servicio de Urgencias del Hospital”, donde se le pauta tratamiento farmacológico.

Señala que el día 19 de junio acude a un centro privado para realizar una resonancia magnética, que muestra “pérdida de altura discal en el espacio L5-S1, con deshidratación y discreto edema subcondral en los platillos vertebrales en relación con osteocondrosis agudizada”. El día 21 acude al centro de salud donde solicita a su médica que la “envíe a un especialista y (le) den una solución a (su) calvario”, pero se le “pauta nuevamente” medicación. Vuelve a la consulta el día 28 “ante lo insoportable de los dolores” y entrega “los resultados (...) de la resonancia realizada (...) de forma privada. (Le) administra (...) Fortecortín 4 mg durante tres días seguidos, (le) suspende corticoide oral y Lyrica y recoge los resultados de la RM como probable L5-S1 y solicita valoración por importante afectación clínica con derivación a Trauma preferente”. Añade que los días 29 y 30 de junio vuelve al centro de salud al que había acudido la primera vez “para que (le) administren intramuscularmente Fortecortín 4 mg, según lo pautado por (su) médica de cabecera, continuando con la medicación oral de Diclofenaco, Dacortín y Lyrica.

El día 9 de julio acude de nuevo a consulta con su médica de Atención Primaria, quien le ajusta la medicación y le da "cita con Traumatología para el 30 de agosto". Continúa "con Diclofenaco, Dacortín y Lyrica".

Explica, en relación con su estado en aquel momento, que "apenas podía" moverse, y que el dolor era "insuportable en cualquier postura" impidiéndole "incluso dormir, dejando de sentir la pierna y pie izquierdo", que acude a la cita programada con el Servicio de Traumatología con la ayuda de una tercera persona y bastones "esperando que el traumatólogo (le) diera alguna indicación, pauta, explicación y solución a (su) padecimiento./ Nada hizo, nada (le explica) y nada (le pauta). Únicamente miró su ordenador y (le) dijo (...) que ya (la) llamarían del Hospital para cita (...). Lo que supuso (...) una verdadera desesperación".

El 2 de septiembre acude de nuevo a su médica de Atención Primaria "con mayor dolor aún (...). (Le) pauta Fortecortín intramuscular, que se (le) administra de forma inmediata, más el resto de medicación: Diclofenaco, Antalgin, Lyrica y Dacortín"; el día 8 es atendida en el Servicio de Urgencias del otro centro de salud, donde se continúa con la administración de medicación; el 19 de septiembre acude al Servicio de Urgencias hospitalarias, indica sentir impotencia ante su estado de incapacidad y padecimiento, manifiesta que "ni la fuerte medicación (la) aliviaba" y destaca que en el informe de alta consta: "reflejo aquileo izquierdo abolido"; remarca que le comentan que "no pueden hacer más" y que le "dan (el) alta, con dolor insuportable y ausente de funcionalidad, y recoge derivación a Traumatología para valoración precoz por su parte".

Sigue refiriendo que el día 13 de septiembre le dan cita "para el Servicio de Traumatología del Hospital para el día 12-11-2024". Viéndose "imposibilitada (prefería morir que seguir soportando esos dolores) para seguir esperando que el servicio de salud pública hiciera algo por (ella)", decide "acudir a la medicina privada, acudiendo a consulta privada del neurocirujano (...) el día 13-09-2024, quien (...) (le) aconseja la urgente e inmediata intervención quirúrgica para intentar evitar la pérdida de la funcionalidad de la

pierna y el pie izquierdo (pie caído) ya altamente afectados./ La intervención tiene lugar, de urgencia, el día 20-09-2024 en (un hospital privado), causando alta en fecha 21-09-2024”.

Posteriormente, el 2 de octubre de 2024 vuelve a la consulta con su médica de Atención Primaria con el informe de la sanidad privada. El día 9 de octubre acude a consulta con el (neurocirujano privado) para la revisión de la cirugía, y el día 12 de noviembre va a la cita programada en el Hospital donde “se (le) indica que ellos no realizarán actuación alguna y (le) dan cita para el día 04-02-2025” para radiografía y consulta, refiriéndole “que continúe con la medicina privada”. Consulta con su médico de Atención Primaria los días 15 de noviembre de 2024 y 10 de enero de 2025, y acude a revisión a la clínica privada el 15 de enero; también acude a las citas programadas en el Hospital el día 4 de febrero de 2025, donde tras realizar una radiografía es atendida en consulta por el Servicio de Traumatología, afirmando que no se le da ninguna pauta ni respuesta, siendo citada de nuevo (...) el día 10 del mismo mes para la realización de una prueba de imagen y para consulta.

A continuación, se refiere a la atención que le fue dispensada en el ámbito privado, a donde acude “de urgencia” el día 21 de mayo de 2025 por “aparición brusca de dolor lumbar con irradiación a miembro inferior izquierdo, compatible con reagudización de radiculopatía”. Indica que se le pauta tratamiento de fisioterapia, afirmando que le había sido negado por la sanidad pública y que en el momento de presentar esta reclamación no ha terminado.

Considera que “la situación vivida y que aún (padece), es consecuencia directa de la actuación, negligencia o más bien falta de atención de los servicios sanitarios, habiendo podido evitar la pérdida de la funcionalidad de la pierna y pie izquierdo, gracias a la intervención quirúrgica realizada por la sanidad privada de forma urgente, ante la absoluta falta de actuación del servicio de salud pública, que únicamente (le) proporcionó medicación que ni siquiera paliaba los terribles dolores sufridos y que ni siquiera (le) realizó prueba alguna de diagnóstico, ni tratamiento, (viéndose) obligada a acudir a la sanidad privada, por absoluta y justificada pérdida de confianza en la sanidad pública”.

Enumera los gastos médicos en que ha incurrido y que ascienden a diecinueve mil cuatrocientos noventa y cuatro euros con veintisiete céntimos (19.494,27 €), cuya cuantía solicita se le reintegre, “incrementada con los intereses legales (...), así como se abonen los gastos de la sanidad privada que se produzcan en el futuro, por la continuidad del tratamiento derivado de la presenta reclamación”.

Adjunta diversa documentación, que incluye su historial clínico, así como informes médicos, partes de baja y de confirmación de incapacidad temporal, facturas y presupuestos.

El informe clínico de Urgencias hospitalarias de 16 de junio de 2024 indica como un motivo de consulta “dolor de espalda”, señalando que la paciente “acude por lumbalgia con irradiación hasta planta del pie izquierdo de meses de evolución a seguimiento por su médico de Atención Primaria. Tiene cita el día 18. Refiere que terminó hace dos días el tratamiento con prednisona”. De la exploración física resulta “columna lumbar: no dolor a la palpación de apófisis espinosas, no contractura a nivel de musculatura paravertebral. Caderas libres. Lasègue negativo. Bragard positivo. Neurovascular conservado”, realizándosele una prueba de imagen de la columna lumbar en que “no se observan acúñamientos ni fracturas”. Se alcanza como diagnóstico principal “lumbalgia con irradiación”. Se pauta medicación, acudir a su médico de Atención Primaria, y, “en caso de empeoramiento, volver de nuevo a Urgencias”.

Un segundo informe clínico de Urgencias hospitalarias, de 12 de septiembre de 2024, señala como motivo de consulta “dolor de espalda” y que la paciente “acude por nueva agudización de lumbociatalgia izquierda desde hace 5 días con mal control del dolor (Diclofenaco 50 mg c/ 8 horas + Fortecortín 4 mg c/ 24 h + Lyrica). Refiere dolor lumbar izquierdo irradiado por cara posterior y lateral de miembro inferior ipsilateral hasta planta del pie; lo describe como un calambre o ‘rayo’ que se desencadena sobre todo con los movimientos. Interrumpe descanso nocturno. No traumatismo ni sobreesfuerzo previo./ Refiere episodios similares desde hace 4 meses, sin llegar a quedar

asintomática entre ellos. Realizada RMN y EMG por privado, diagnosticada de hernia L5-S1, con compresión de raíz S1 izquierda. EMG sin alteraciones. Pendiente de la consulta de Traumatología en noviembre”. En “evolución y comentarios” se indica que “acude por mal control del dolor en contexto de lumbociatalgia izquierda S1. Durante su estancia se obtiene aceptable control del dolor con la medicación pautada (Tramadol 100, Fentanilo 75 mcg, de Dexametasona 4 mg). Se decide alta a domicilio con ajuste de analgesia y derivación a Traumatología para valoración precoz por su parte”.

Por otra parte, el neurocirujano privado emite sucesivos informes, el primero de ellos de 5 de febrero de 2025, en el que consta que se trata de una “paciente que acude de urgencia a mi consulta el 13-09-2024 con proceso lumbociático izquierdo. Historia de paciente con dolor en pierna izquierda de varios meses de evolución. Importante cuadro de parestesias y disestesias que afectan territorio S1 izquierdo, más marcado en últimos días./ Reflejo aquileo izquierdo muy disminuido. ROT patelar normal bilateral./ Refiere parestesias en pierna derecha el domingo 8 de septiembre. Al toser refiere más dolor”. Tras exploración, refleja como diagnóstico que “tras valoración de datos adjuntos, se solicita preoperatorio y posterior programación quirúrgica urgente, tras explicación de riesgos, pros y contras de abordajes a realizar./ Extrusión discal L5-S1”, y como plan, “discectomía lumbar endoscópica monoportal central y paramediana izquierda, en discopatía migrada y compleja”. Señala que el día 20 de septiembre de 2024 se llevó a cabo el procedimiento descrito sin incidencias siendo alta al día siguiente, indicándose que “a partir de un mes se valorará iniciar tratamiento fisioterápico”. El 9 de octubre de 2024 añade que “acude a su primera revisión tras la cirugía (...). Refiere alivio significativo de la lumbociática izquierda./ Persisten parestesias y dolor al movimiento en grupo gemelar pierna izquierda. Lumbago izquierdo ocasional./ No Lasègue izquierdo. Puede caminar con menos dificultad. Discreta mejoría de la fuerza”. En la revisión de 15 de enero de 2025 “entrego pauta de ejercicios físicos (...). A pesar de mejoría, persiste cuadro de disminución de fuerza, en pierna izquierda, 4+/5. Parestesias en dermatoma L5. Ante pregunta de la paciente y

familiares, les explico que la naturaleza de la sintomatología actual, posiblemente sea secuelar por el tiempo de evolución de la clínica hasta la intervención, aunque considerando la edad de la paciente podrían esperarse una mejoría mayor./ Mejoría del reflejo aquileo izquierdo, sin llegar a recuperar por completo aún./ Mejoría del lumbago./ No precisa de muletas (...). Actualmente (...) se encuentra en fase de recuperación funcional, realizando reposo relativo domiciliario, complementado con ejercicios de movilización activa pautados para esta fase inicial. No ha iniciado todavía el tratamiento de rehabilitación física, previsto para después de la siguiente revisión médica, programada para el mes de junio, donde se reevaluará su estado neurológico y funcional”.

El 21 de mayo de 2025 el neurocirujano añade que “la paciente acude por aparición brusca de dolor lumbar con irradiación a miembro inferior izquierdo, compatible con reagudización de radiculopatía. Refiere imposibilidad funcional para realizar actividades básicas prolongadas como caminar, mantenerse de pie, realizar cargas de peso” y que “presenta una recidiva herniaria sintomática en L5-S1, con hallazgos radiológicos compatibles con extrusión discal migrada que comprime directamente la raíz S1 izquierda. Si bien el EMG no muestra denervación activa, los síntomas clínicos, la limitación funcional y el impacto en la calidad de vida justifican una prolongación de la incapacidad temporal. Actualmente no existen criterios claros para cirugía, pero sí un riesgo elevado de agravamiento neurológico si no se mantienen restricciones físicas estrictas”.

El informe emitido el 2 de junio de 2025 por un fisioterapeuta colegiado señala que la paciente “acude a nuestra clínica bajo prescripción médica por el neurocirujano (...) desde el martes 27 de mayo de 2025 para comenzar su rehabilitación tras una endoscopia lumbar (septiembre 2024) y una recidiva en los síntomas por una extrusión (aporta informe de la RM) el viernes 16 de mayo de 2025”.

2. Con fecha 23 de septiembre 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 Servicio de Inspección y Centros Sanitarios, 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.

3. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 10 de noviembre de 2025 la Gerente del Área le remite una copia de la historia clínica de la paciente junto con los informes de los Servicios intervinientes del Hospital

La Jefa del Servicio de Urgencias explica en su informe los episodios de los días 16 de junio y 12 de septiembre de 2024.

Sobre la asistencia prestada el 16 de junio, indica que "la paciente acudió a Urgencias refiriendo dolor lumbar con irradiación hasta la planta del pie izquierdo, de varios meses de evolución, en seguimiento por su médico de Atención Primaria. Manifestaba haber finalizado recientemente un tratamiento con prednisona pautado por dicho motivo. (...) la exploración física objetivó una columna lumbar sin dolor a la palpación de apófisis espinosas y sin contractura de la musculatura paravertebral. Las caderas presentaban movilidad libre, el signo de Lasègue fue negativo y el Bragard positivo, con exploración neurovascular conservada./ Se realizó radiografía de columna lumbar, que no mostró acúñamientos ni fracturas u otras alteraciones óseas agudas./ Tras la exploración y la valoración de los hallazgos, se diagnosticó de lumbalgia con irradiación, administrándose una dosis intramuscular de Diclofenaco 75 mg y pautándose tratamiento de domiciliario con Zaldiar (...) y Diclofenaco 50 mg (...) junto con las medidas posturales e higiénicas habituales en estos cuadros. Se recomendó mantener una vida activa, con reposo relativo en fases de mayor dolor, aplicación calor local y evitar sobreesfuerzos, así como revisión por su médico de Atención Primaria y reconsulta en Urgencias en caso de empeoramiento. (...) fue dada de alta tras valoración médica, sin signos de

alarma neurológica ni hallazgos radiológicos agudos, con diagnóstico de lumbalgia con irradiación”.

Seguidamente explica que “la paciente regresó al Servicio de Urgencias el día 12 de septiembre por una nueva agudización de lumbociatalgia izquierda de cinco días de evolución, con mal control del dolor a pesar del tratamiento domiciliario con Diclofenaco, Fortecortín y Lyrica. (...) refería dolor lumbar izquierdo irradiado por la cara posterior y lateral del miembro inferior izquierdo hasta la planta del pie, descrito como un calambre o descarga eléctrica que se acentuaba con los movimientos y que interfería con el descanso nocturno. No refería traumatismo ni sobreesfuerzo previo. Indicaba haber presentado episodios similares en los meses anteriores y aportaba estudios complementarios realizados en el ámbito privado (resonancia magnética y electromiograma), con diagnóstico de hernia discal L5-S1 con compresión de la raíz S1 izquierda y EMG sin alteraciones. Señalaba además que había sido valorada en la consulta de Traumatología el día 30 de agosto, donde constaba la presencia de protrusión extruida paramedial izquierda a nivel S1 izquierdo, encontrándose en tratamiento fisioterápico y en proceso de derivación a la Unidad de Columna./ En la exploración física realizada en Urgencias se objetivó un regular estado general con postura antiálgica, consciente y colaboradora. Las constantes vitales fueron normales (...). En la exploración lumbar se observó un mínimo dolor a la palpación paravertebral izquierda, signos de Lasègue y Bragard positivos, reflejo aquileo izquierdo abolido y sin alteraciones de fuerza ni sensibilidad en las extremidades./ No se consideró necesario repetir pruebas complementarias en ese momento, dado que disponía de estudios recientes y que la clínica era concordante con los hallazgos ya conocidos./ Durante su estancia en el Servicio de Urgencias se administró tratamiento analgésico y antiinflamatorio intravenoso (...) consiguiéndose aceptable control del dolor./ Fue diagnosticada de lumbociatalgia S1 izquierda y se decidió el alta a domicilio, con ajuste del tratamiento analgésico y recomendaciones específicas (...). Se indicó además seguimiento con su médico de Atención Primaria y acudir de nuevo a Urgencias en caso de empeoramiento,

manteniéndose la derivación preferente a Traumatología para valoración precoz, ya programada para los meses siguientes. (...) fue dada de alta tras mejoría clínica y adecuada tolerancia al tratamiento administrado”.

Finaliza concluyendo que “en ambos episodios, la atención en el Servicio de Urgencias se desarrolló de acuerdo con la sintomatología y hallazgos clínicos presentes en cada momento. Se efectuó valoración médica completa, exploración física dirigida, solicitud de pruebas complementarias cuando se consideró necesario (...) y administración de tratamiento analgésico y antiinflamatorio con respuesta favorable./ En todas las ocasiones se pautó tratamiento domiciliario, se ofrecieron recomendaciones de autocuidado y se estableció seguimiento a través de su médico de Atención Primaria y del Servicio de Traumatología./ Durante las atenciones prestadas en Urgencias no se registraron incidencias asistenciales ni signos de alarma neurológica o complicaciones agudas que justificaran una actuación diferente a la realizada”.

Por su parte, el informe de la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología refiere que la paciente fue valorada por el Servicio de Urgencias el día 16 de junio de 2024 por lumbociatalgia izquierda en seguimiento por su médico de Atención Primaria, “no constando en la exploración física ninguna alteración neurológica, con mejoría de la clínica tras analgesia intramuscular y la indicación de controles por médico de Atención Primaria./ El 28-06-24 ante la persistencia del dolor, su médico hace interconsulta el Servicio de Traumatología, siendo citada del 30-08-2024; en dicha consulta consta que la paciente aporta una RMN en la que se observa una protrusión extruida a L5-S1 y un EMG sin compromiso agudo de la raíz nerviosa. Ante esto y dado que la paciente refiere mucha sintomatología dolorosa, se remite de forma preferente a la Unidad de Columna para valorar la necesidad de tratamiento quirúrgico./ El 12-09-2024 (...) acude de nuevo a Urgencias por mal control del dolor, costando en su exploración `no dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares. Mínimo dolor a la palpación de m paravertebral lumbar izquierda. Lasègue positivo a 30º, Bragard positivo, Fabere positivo. Reflejo aquileo izquierdo abolido, derecho presente. No alteración a la sensibilidad ni

a la fuerza'./ La consulta con la Unidad de Columna es fechada para el día 12-11-2024 y en ella la paciente comunica que se ha intervenido de forma privada el día 20-09-2024, y se pauta una nueva revisión para ver la evolución clínica". En relación con lo anterior y con "lo aportado en su reclamación por la paciente" formula su valoración de la asistencia. Respecto a la "inacción del sistema público de salud", señala que "la paciente acudió a Urgencias donde se administró el tratamiento analgésico y fue valorada en múltiples ocasiones por su médico de Atención Primaria que pautó analgesia. Dicho facultativo valoró a la paciente y realizó petición de interconsulta a Traumatología. Durante el tiempo que ocurre hasta la visita especializada, el médico de referencia para la valoración y tratamiento del paciente es su médico de Atención Primaria, que conoce los signos de alarma que pueden precisar la derivación urgente./ La paciente dejó de acudir a la sanidad pública de forma voluntaria, llevándose a cabo la cirugía en el (hospital privado). No obstante, el Servicio de Salud ha llevado a cabo todas las revisiones y actuaciones posteriores necesarias, no pudiéndose achacar inacción./ Los tiempos de demora en la sanidad pública tienen que ver con la alta presión asistencial soportada. No obstante, existen protocolos para evitar que se demoren situaciones que precisan de atención preferente, como la consulta virtual colaborativa o la atención en Urgencias tanto hospitalaria como de Atención Primaria".

4. A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 15 de diciembre de 2025 a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Explica que "la paciente presentaba cuadro de dolor lumbar con irradiación hacia miembro inferior izquierdo sin clínica de déficit neurológico desde el 12-05-2024. El tratamiento de este cuadro es siempre conservador de manera inicial, pautándose antiinflamatorios como así se hizo inicialmente. Además, no precisaba ninguna prueba de imagen al no presentar un déficit neurológico y puesto que se sabe que (en) la mayor parte de los cuadros de dolor lumbar y ciático no se observa patología discal, y los que lo presentan,

son protrusiones o discopatías irrelevantes que no precisan tratamiento quirúrgico. De hecho, la paciente presentó episodios similares en el año 2017, 2020 y 2023, mejorando todos ellos con fármacos analgésicos y antiinflamatorios (...). El tratamiento inicial pautado y su seguimiento fue correcto (...). Solo en pocas ocasiones se diagnostica una hernia discal, de las cuales precisan tratamiento quirúrgico un 5 % de los casos (...). La paciente se realizó una RM lumbar en (un hospital privado) objetivándose una hernia discal L5-S1 que comprimía la raíz S1 izquierda. El médico de Atención Primaria decidió derivar a la paciente a consulta de Traumatología ante la persistencia del dolor y los hallazgos de la RM lumbar. La derivación a Traumatología por consultas y no por Urgencias fue correcta por los siguientes motivos:/ El tratamiento conservador con antiinflamatorios y medicación de 2.º escalón no estaba aliviando la sintomatología dolorosa, por lo tanto, la derivación a especialista era de elección./ No existía clínica de déficit neurológico que precisara atención urgente, por tanto, derivarlo por vía de consulta externa era adecuado (...). La actuación por parte de Servicio de Traumatología en consulta del 30-08-2024 fue correcta. Se decide derivar a Unidad de Columna con el fin de valorar si precisaba tratamiento quirúrgico./ Se sabe que el 95 % de las hernias discales no precisan tratamiento quirúrgico, siendo el tratamiento conservador de elección./ Los criterios quirúrgicos se reservan para casos refractarios a tratamiento conservador o que presenten déficit neurológico./ En el presente caso el tratamiento conservador con fármaco y fisioterapia particular no estaba siendo efectivo, por tanto, derivar a Unidad de Columna fue correcto (...). La paciente decide acudir el 13-09-2024 de manera privada" a la consulta de un "especialista en Neurocirugía, quien valora a la paciente y decide cirugía de microdiscectomía L5-S1, y la paciente decide intervenir. El 20-09-2024 se realiza cirugía (...) en (el hospital privado) (...). La paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía remitiendo dolor radicular. Se realizó seguimiento en consulta de Unidad de Columna del Hospital objetivándose evolución correcta. Posteriormente (...) presenta reagudización de lumbociatalgia izquierda en mayo de 2025: se realiza nueva RM donde se

objetiva recidiva de hernia discal L5-S1 sin compromiso radicular S1 izquierdo. el (neurocirujano privado) recomienda tratamiento conservador con analgésicos, reposo de actividad laboral, evitar coger pesos y fisioterapia”, y añade que “desde mi punto de vista existe una evidente interrupción de nexo de causalidad al abandonar (...) de manera voluntaria el seguimiento por el Servicio Público, no pudiéndose responsabilizar a estos de las decisiones tomadas por otros facultativos (...). Desde mi punto de vista, no existía ningún tipo de urgencia a la hora de realizar la intervención quirúrgica que se podría haber decidido en la consulta de la Unidad de Columna de Traumatología que tenía agendada el 12-11-2024:/ Queda acreditado en todos los informes de la asistencia de esta paciente en el Servicio Público que la paciente no presentaba ningún déficit neurológico./ El electromiograma de miembros inferiores que se realizó (...) no presentaba ningún daño de raíces nerviosas./ El (neurocirujano) refiere un mínimo y discreto déficit de fuerza 4+/5 sin especificar qué musculatura estaba afectada y que no se correspondía con los datos del EMG que deberían haber objetivado déficit radicular (algo que no ocurrió, puesto que el EMG era normal). Lo más probable que ese déficit sutil neurológico fuese una percepción subjetiva del paciente secundario a la sintomatología dolorosa. Además, en caso de presentar un déficit neurológico establecido el (mencionado neurocirujano) no hubiera demorado la cirugía 7 días, puesto que el déficit neurológico es una urgencia quirúrgica. De hecho, en el informe de alta realizado por el (neurocirujano) tras (la) intervención (...) queda acreditado que la paciente presentaba fuerza 5/5 en la exploración. Queda acreditado que tras la recidiva de sintomatología radicular izquierda en 05-2025 por recidiva herniaria con compresión radicular S1 izquierda, el (neurocirujano) decide tratamiento conservador en vez de quirúrgico. Es decir, ante la misma sintomatología y misma patología (recidiva de hernia discal L5-S1) decidió optar por tratamiento conservador y no quirúrgico, lo que confirma que la paciente no precisaba una cirugía urgente en septiembre del 2024 pudiendo haber esperado la consulta de la Unidad de Columna” del Hospital”. Finaliza

afirmando que “no observo mala praxis por parte de los facultativos del Sespa en la asistencia impartida”.

5. Mediante oficio notificado a la interesada el 13 de febrero de 2026, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 5 de marzo de 2026, la interesada presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones al que acompaña de varias facturas, elevando la cuantía reclamada en concepto de indemnización a veinte mil ciento noventa y cuatro euros con veintiún céntimos (20.194,21 €) “más los importes que se continúen generando por la inacción del servicio de salud”.

Objeta la reclamante, ante las afirmaciones contenidas en el informe del Servicio de Urgencias sobre el “aceptable control del dolor”, que “la realidad es que era insoportable”, manifestando que “estaba drogada pero aun así el dolor persistía cuando se (le) dio el alta y volvió a ser agonizante cuando se (le) pasó el efecto de las drogas o medicación acumulada”. Reitera la explicación dada sobre la toma de la decisión de acudir a la medicina privada, insistiendo en lo grave de sus padecimientos, que la llevaron a “pensar en el suicidio”, en una situación de desesperación que se agrava cuando en el Servicio de Traumatología no obtiene una respuesta satisfactoria (“no hizo más que mirar el ordenador y (decirle) que ya (la) llamarían”), “si lo único que hacen en las citas de Traumatología es (preguntarle) qué tal y (darle) nueva cita”). Manifiesta que el doctor que la atiende en el ámbito privado le “aconseja la urgente e inmediata intervención quirúrgica para evitar la pérdida de la funcionalidad de la pierna y el pie izquierdo (pie caído), ya altamente afectado”, considerando que “pese a realizar las pruebas diagnósticas de forma privada (...) no (consiguió) que la sanidad pública hiciera nada por (ella)”.

Se muestra disconforme con el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración por considerar, en síntesis, que se basa en la teoría, en tanto que el doctor que la atendió en el ámbito privado le “ha explorado, valorado, operado y (es) quien realiza (su) seguimiento”;

además, destaca que no “es cierto que tenga la misma sintomatología y patología en la recidiva que ahora sufre”, destacando que puede controlar el dolor y realizar actividades propias de la vida diaria, a pesar de las “evidentes limitaciones pendientes de evolución”.

Concluye que “la situación vivida” y que aún padece, es “consecuencia directa de la actuación, negligencia, o más bien falta de atención, de los servicios sanitarios públicos”, incluyendo en la descripción la falta de realización de pruebas diagnósticas, además de tratamiento, afirmando que “de haberse realizado las pruebas médicas, o una vez realizadas de forma privada, de haber actuado diligentemente, no (se) hubiera visto obligada a acudir a la sanidad privada, ante la situación de desamparo, acudiendo una y otra vez al centro de salud, al Servicio de Traumatología, al Servicio de Urgencias del Hospital, sin recibir atención médica activa, y con un pésimo trato por parte de personal sanitario que únicamente alargaban las citas sin solución alguna y aumentaban los calmantes, como todo tratamiento, aun cuando ya tenía riesgo de pecar y pérdida irrecuperable de la funcionalidad de la pierna izquierda”.

6. Con fecha 23 de marzo de 2026, la Instructora del procedimiento suscribe una propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Recoge, en relación con la asistencia prestada, que “la paciente acudió por un cuadro de lumbalgia con irradiación hacia el miembro inferior izquierdo, sin signos de déficit neurológico. El abordaje inicial de este tipo de procesos es siempre conservador, pautándose tratamiento antiinflamatorio, tal como se realizó desde el inicio./ Posteriormente (...) se sometió a una resonancia magnética lumbar en (un centro privado), en la que se objetivó una hernia discal L5-S1 con compresión de la raíz S1 izquierda. Ante la persistencia del dolor y los hallazgos radiológicos, el médico de Atención Primaria decidió derivarla a la consulta de Traumatología. Dicha derivación por vía ordinaria y no urgente fue adecuada./ La actuación posterior del Servicio de Traumatología, en la consulta del 30 de agosto de 2024, también fue correcta. Se decidió remitir a la paciente a la Unidad de Columna para valorar la necesidad de un posible tratamiento quirúrgico./ El 13 de

septiembre de 2024 (...) acudió por iniciativa propia de manera privada a la consulta del (...) especialista en Neurocirugía, quien indicó la realización de una microdiscectomía L5-S1, decisión que la paciente aceptó. La intervención fue llevada a cabo el 20 de septiembre de 2004 en el (hospital privado)./ No existía ningún criterio de urgencia que exigiera adelantar la intervención quirúrgica, la cual podría haberse valorado en la consulta programada con la Unidad de Columna para el 12 de noviembre de 2024, especialmente teniendo en cuenta que la paciente no presentaba déficit neurológico en la primera valoración, circunstancia corroborada por los resultados de la electromiografía realizada". Concluye que, "por todo lo expuesto, no se aprecia mala praxis por parte de los facultativos del Servicio Público de Salud del Principado de Asturias en la asistencia sanitaria prestada".

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de abril 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 del servicio público sanitario.

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 ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 9 de septiembre de 2025, teniendo por objeto el reintegro del coste de una intervención quirúrgica practicada el día 20 de septiembre de 2024 y otros gastos sufragados en la medicina privada, entre ellos los derivados del tratamiento rehabilitador, inconcluso en el momento de su registro, por lo que cabe concluir que ha sido formulada 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 de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Ahora bien, se observa que, en 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 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 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 “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste 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 aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se pretende el resarcimiento de los gastos satisfechos en la medicina privada, a la que la paciente acude por la pérdida de confianza en la sanidad pública ante un cuadro de dolor lumbar con irradiación hasta el pie, muy doloroso y limitante, abordado en el hospital público de manera conservadora mediante tratamiento farmacológico.

La interesada alega que su dolencia requería la práctica de pruebas de imagen que hubo de realizar de manera privada -sin que conste en el expediente la autorización de la recomendación de llevar a cabo dichas pruebas- y una intervención quirúrgica urgente, a la que se somete en una clínica privada, seguida de un tratamiento fisioterápico, quedando acreditado que ha afrontado tales gastos en la medicina privada y que guardan relación con la dolencia que presentaba al ser atendida en la sanidad pública.

En lo que atañe al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema público sanitario, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria

urgente, inmediata y de carácter vital en los casos de atención dispensada fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con el primer supuesto, 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, establece en el artículo 4.3 la regla general al decir que "la cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados" y exceptúa que ello será así "salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel", determinando que en tales casos "se reembolsarán los gastos de la misma, 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 y no consta que se haya tramitado en el caso que nos ocupa. Así las cosas, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial como la formulada (en cuyo encabezamiento se denomina "reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública en solicitud del reintegro de gastos médicos"), comprensiva del importe de los gastos en los que se ha incurrido a consecuencia del sometimiento a tratamiento en el ámbito privado, sujeta a los requisitos generales de cualquier reclamación de dicha índole. Consecuentemente, habrá que analizar, además de su efectividad, si nos hallamos ante un daño antijurídico -en definitiva, un daño que la perjudicada no tenga la obligación de soportar- y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

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 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.

Por otra parte, 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-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados. En tal orden de ideas, este órgano viene asumiendo 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".

En el caso objeto de análisis, la reclamante alega que se vio obligada a acudir a la sanidad privada por la pérdida de confianza en el sistema público que traería su causa en la desatención o abandono sufrido por parte de este, que no le ofrecía una solución a su situación, en la que se mezclaban, según su descripción de lo vivido, las consecuencias de la dolencia padecida -dolor, que era mal controlado, e incapacidad funcional del miembro inferior izquierdo- con la desesperación ante la falta de respuestas o soluciones efectivas (parece que con concurrencia de pensamientos autolíticos y de impotencia). Además, entiende que deberían haberse realizado ciertas pruebas, dado que su diagnóstico se alcanza más tempranamente gracias a su aportación de los resultados de una prueba de imagen realizada de manera autónoma. Por otra parte, considera que el servicio público debería haber optado por el mismo tratamiento que el médico particular que la atiende, afirmando que la situación se agravó en cuanto a la pérdida de funcionalidad de la pierna y el pie a causa de la tardanza en ser intervenida quirúrgicamente. La reclamante afirma, en suma, que “no (consiguió) que la sanidad pública hiciera nada” por ella.

Estas alegaciones deben analizarse a la luz de la historia clínica, partiendo de que el primer episodio que menciona se produce el día 12 de mayo de 2024 y que el 30 de agosto es derivada a la Unidad de Columna desde la consulta pautaada en Traumatología. Antes de acudir a esta consulta se somete a una intervención quirúrgica en una clínica privada el día 20 de septiembre, tras acudir a una consulta el día 13, un día después de acudir al hospital público.

Además, debe tenerse en cuenta que la paciente había sufrido episodios previos de lumbociática en los años 2017, 2020 y 2023, tratados de manera conservadora, como es lo indicado en el inicio de estos procesos, con buen resultado; el que ahora interesa comienza, como se ha señalado, el 12 de mayo de 2024, cuando es atendida desde Atención Primaria por lumbalgia, al igual que los días 16 y 29 del mismo mes. El día 7 de junio presenta cierta mejoría, si bien se mantiene el dolor que irradia hasta el pie izquierdo. Teniendo cita para el día 18, acude el día 16 de junio al Servicio de Urgencias hospitalarias,

momento en que se lleva a cabo una prueba de imagen de la columna lumbar en que no se observan acúñamientos ni fracturas. Sin que conste quién indica la realización de una resonancia magnética, la paciente la realiza en el ámbito privado el día 19 de junio, y ello permite detectar una protrusión-extrusión discal paramediana izquierdo con fragmento migrado que contacta con raíz S1 izquierda y cambios degenerativos L5-S1. Tras ello, acude nuevamente a su médico de Atención Primaria por lumbociatalgia, que la deriva al Servicio de Traumatología con carácter preferente, donde es citada el día 30 de agosto, consulta en la que aporta un electromiograma realizado en una clínica privada que no aporta datos de interés, momento en el que es derivada a la Unidad de Columna. Mientras, sigue controlada por el servicio de Atención Primaria, y vuelve a acudir a Urgencias hospitalarias el 12 de septiembre, donde se le indica que “se avisará para cita de Traumatología”. Sin esperar a la consulta con la Unidad de la especialidad a la que es derivada por presentar “muchísima clínica”, es decir, para hacer frente al mal control del dolor y a la pérdida de funcionalidad del miembro inferior, al día siguiente acude a una consulta privada.

La Administración ha justificado la idoneidad del tratamiento aplicado, indicando que el abordaje inicial de este tipo de procesos, como así ocurrió en los previos de la misma paciente con resultados satisfactorios, es siempre conservador, siendo la Unidad de Columna a la que fue derivada la encargada de valorar la necesidad de una intervención quirúrgica, sin que en este caso existiese ningún criterio que justificase la urgencia de la intervención, ni aun en la lectura *ex post* de los hechos. Respecto a las pruebas complementarias se realizan de acuerdo a los resultados de las exploraciones que se llevan a cabo: en este caso consta acreditado que la atención dispensada en los distintos servicios se desarrolló de acuerdo con la sintomatología y hallazgos clínicos presentes en cada momento, realizándose valoraciones completas, exploraciones y la solicitud de las pruebas que se consideraron, a la vista de lo anterior, necesarias. En este caso, la paciente no presentaba síntomas de alarma que indicasen la necesidad de adoptar otras medidas.

Después de ser intervenida sigue manteniendo revisiones en el ámbito público. Sirva como ejemplo que el día 4 de febrero de 2025 es citada para consulta previa realización de una radiografía, siendo citada para nueva consulta y para otra prueba de imagen seis días después (momento en el que presumiblemente se podría analizar el resultado de la citada radiografía). A pesar de ello, la paciente afirma que en esa consulta del día 4 no se le da ninguna pauta ni respuesta.

El día 21 de mayo de 2025 acude a la consulta privada por reagudización, presentando la sintomatología que, en este momento, es abordada por el médico particular de manera conservadora y no quirúrgica.

Como viene manifestando reiteradamente este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 82/2025), para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario, debemos atender a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatar la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique imparcialmente esa pérdida de confianza y ha de quedar igualmente acreditado que tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida, sin que, en este caso, se aprecie infracción del buen quehacer médico.

Desde el punto de vista subjetivo, si quien reclama invoca tal desconfianza, debe valorarse si la misma pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales; en este caso, la valoración de sí en este caso concreto era necesaria una intervención quirúrgica la realizaría la Unidad de Columna, opción que se impide por la interesada, que decide someterse a una operación antes de tal valoración. Por otro lado, los tiempos manejados se muestran correctos: cuestión distinta es la vivencia por parte de la paciente, que desliga su padecimiento de la enfermedad que sufre para vincularla a un supuesto abandono que deduce del mal control del dolor durante un período de tiempo de cuatro meses. Sin embargo, a la vista de la documental obrante en el expediente y por lo antes expuesto, es claro que se

pusieron a su disposición los medios necesarios y disponibles, sin que, por otra parte, la interesada hiciera valer su derecho a una segunda opinión, incluso tras ser orientada en el ámbito privado sobre la necesidad de una intervención quirúrgica como la realizada, que ha dado buenos resultados inicialmente, pero que no ha evitado la reagudización de la sintomatología unos meses después.

En este punto deben mencionarse las particularidades del sistema público sanitario, que se caracteriza por las notas de universalidad y gratuidad, que no se dan en la sanidad privada. Ello conlleva 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. Pero, además, no siendo la medicina una ciencia exacta, tampoco puede exigirse de las personas que prestan sus servicios en el sector público que comulguen con el criterio clínico de otros especialistas que prestan sus servicios en clínicas privadas. En este sentido, el contenido de los informes suscritos por el médico que realiza la intervención quirúrgica no supone objeción de peso alguna a las explicaciones aportadas por los distintos servicios intervinientes, sin que quepa considerar acreditado que el tiempo transcurrido hasta el momento de la intervención haya supuesto un agravamiento del estado de la paciente o de su sintomatología.

De lo expuesto, resulta que la paciente no dio oportunidad al equipo médico de la Unidad de Columna a la que fue adecuadamente derivada, dentro de plazos razonables en atención a los medios disponibles y al estado de la paciente -que es valorada tomando en cuenta el tipo y gravedad de dolencias que sufren el conjunto de personas usuarias de estos servicios- para valorar su situación, determinando el tratamiento idóneo para su caso concreto.

En conclusión, en la actuación médica del Servicio de Salud del Principado de Asturias no cabe apreciar abandono ni denegación de asistencia, que fue adecuada a la situación clínica y con un riguroso control, sin que pueda admitirse la pérdida de confianza en el servicio público sanitario, más allá de las

legítimas emociones vividas por la paciente durante el período de tiempo en que estaba sometida a un tratamiento farmacológico que ha quedado acreditado que era correcto; lo cierto es que confía su tratamiento a la medicina privada sin ofrecer a la red pública la oportunidad de acometer una intervención quirúrgica o de otro tipo y ello no la hace merecedora de recibir una indemnización que le cubra su coste.

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.-