

Dictamen Núm. 165/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 23 de 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 12 de marzo de 2026 -registrada de entrada el día 20 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del deficiente tratamiento de una lumbalgia.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 29 de octubre de 2025 el interesado presenta en un Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En la misma, expone que acudió el día 20 de septiembre de 2023 “por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital por un episodio de lumbalgia con irradiación al miembro inferior izquierdo”, siendo “tratado con antiinflamatorios y dado de alta sin derivación a especialistas”. Nueve días después, acudió de nuevo a Urgencias “por persistencia del dolor”, donde se realiza “radiografía lumbosacra, observándose rectificación de la lordosis

lumbar, indicativa de contractura severa”, sin que se produjera derivación a Traumatología. El día 8 de noviembre acude de nuevo a Urgencias “por agravamiento de la ciática, diagnosticándose lumbociatalgia crónica”, por lo que “se indicó seguimiento por Atención Primaria y control con Traumatología, sin que llegara a producirse cita ni prueba diagnóstica”; indica a continuación que “el 29 de noviembre de 2023 fui valorado en consulta hospitalaria de Traumatología”, constatándose “dolor lumbar irradiado, Lasègue positivo y se solicitó resonancia magnética (RMN)”, prueba que nunca fue programada ni realizada por el Sespa. Destaca que “durante el periodo comprendido entre diciembre de 2023 y junio de 2024, el único seguimiento médico recibido fue a través de la médica de Atención Primaria, quien únicamente prescribió tratamiento antiinflamatorio, analgésicos y posteriormente parches de fentanilo ante el dolor incapacitante, sin que se realizara la resonancia solicitada ni valoración por Traumatología”. Explica que debido a la dolencia permaneció de baja laboral en varias ocasiones, incluido el periodo comprendido “desde el 4 de julio de 2024 hasta el 15 de enero de 2025, coincidiendo”, anticipa, “con la intervención quirúrgica y su proceso de recuperación”. Precisa entonces que el día 10 de abril de 2024 “ante la falta de respuesta” realizó una resonancia magnética de columna lumbar en un centro privado, “cuyo resultado mostró una hernia discal L4-L5 izquierda con compresión radicular y estenosis de canal”. También de forma privada, ese mismo mes realizó tratamientos para el control del dolor (“bloqueos facetarios e infiltraciones”) y una nueva consulta en otro centro, en la que se confirma “la existencia de una hernia discal” de gran tamaño al indicado nivel, proponiéndose “intervención quirúrgica mediante artrodesis”. Esta cirugía se lleva a cabo el día 12 de agosto de 2024 también en un hospital privado, y su coste fue asumido íntegramente por el reclamante.

Solicita una indemnización que asciende a trece mil ciento treinta y seis euros con cincuenta céntimos (13.136,50 €), en la que incluye las cantidades correspondientes a “gastos médicos, materiales y perjuicios varios”, por los siguientes conceptos: resonancia; infiltraciones y bloqueos; honorarios del cirujano; costes hospitalarios; material protésico, y “revisiones, TC y

radiografías”, si bien precisa que continúa “en seguimiento médico activo, por lo que el daño no está consolidado” a la fecha de presentación de la solicitud.

2. Previa petición formulada por la Instructora del procedimiento, el 27 de noviembre de 2024 la Gerente del Área Sanitaria le remite copia de la historia clínica del paciente en Atención Primaria y en Atención Especializada, así como el informe emitido con fecha 24 de noviembre de 2025 por la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital

3. A continuación obra incorporado al expediente el Informe Técnico de Evaluación elaborado con fecha 14 de enero de 2026 por la Instructora del procedimiento.

En él, formula diversas consideraciones médicas relativas a la discopatía degenerativa lumbar y sus fases, causante del síndrome lumbar, así como de su tratamiento, distinguiendo entre terapias conservadoras -que se aplican “inicialmente” para tratar el dolor- y el tratamiento quirúrgico, que a su vez permite el empleo de diversas técnicas.

En el caso del reclamante, considera acreditado que en la atención dispensada en el Servicio de Urgencias en el mes de septiembre de 2023 “no presentaba ningún signo o síntoma de urgencias, no objetivándose déficit neurológico”, siendo correcta la asistencia prestada, pues “el tratamiento de la lumbociatalgia aguda es siempre conservadora de manera inicial”, sin precisarse “prueba de imagen añadida”. Afirma también la adecuación de la derivación y consulta al Servicio de Traumatología, que tuvieron lugar en el mes de noviembre de ese año, sin que la resonancia solicitada requiriera una realización urgente, dada la ausencia de déficit neurológico. Rechaza que la demora constituyera “una pérdida de oportunidad terapéutica ni un riesgo vital”, y razona que el transcurso de cuatro meses “desde el diagnóstico privado hasta la cirugía” confirma la ausencia de urgencia vital; asimismo, afirma que “existe una evidente interrupción del nexo de causalidad al abandonar el paciente de manera voluntaria el seguimiento por el Servicio Público”.

4. Mediante oficio notificado al interesado el día 23 de enero de 2026, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 27 de enero, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que expresa su rechazo a la calificación como “abandono voluntario” de su decisión de recurrir a la sanidad privada, pues entiende que no cabe equiparar a un “abandono” una “situación en la que el paciente permanece a la espera de una citación que nunca se produce supone atribuir al administrado las consecuencias de una demora administrativa”. Afirmar, además, que como paciente “mantuvo en todo momento el seguimiento clínico a través de Atención Primaria”.

Solicita la “rectificación del relato fáctico” en cuanto a la indicada expresión de “abandono voluntario”, pues advierte que el expediente “puede tener incidencia probatoria en futuros procedimientos de valoración de secuelas, discapacidad o incapacidad laboral” ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

5. El día 29 de enero de 2026 la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes incorporados al procedimiento. Afirmar que la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*, y, en particular, reseña que “en la historia clínica de Atención Primaria no constan nuevos seguimientos entre enero y abril de 2024”, sin que “durante ese periodo” “se registraran nuevas consultas en el Servicio de Urgencias hospitalarias que justificaran modificar el protocolo de actuación y asignarle una prioridad diferente”.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 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.

El día 9 de julio de 2026, mediante correo electrónico se remiten al Consejo Consultivo las facturas aportadas por el reclamante que no se habían incorporado al expediente inicialmente remitido.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivan.

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 29 de octubre de 2025, comoquiera que la reclamación de responsabilidad patrimonial cifra el daño en el coste derivado de la asistencia sanitaria realizada en el ámbito privado y consta que la última factura abonada en el transcurso del proceso terapéutico es de 16 de septiembre de 2025, es claro que la solicitud se presenta dentro del plazo legalmente establecido.

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

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

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, 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 el interesado solicita una indemnización por los daños y perjuicios que, entiende, le ha ocasionado el retraso asistencial en el tratamiento de una patología lumbar, determinante de su decisión de acudir a la medicina privada.

De la documentación obrante en el expediente, se desprende que el paciente fue atendido en su centro de salud, en el Servicio de Urgencias hospitalarias y en el Servicio de Traumatología de un hospital público en diversas fechas de los años 2023 y 2024 por un cuadro de dolor lumbar, acudiendo en el mes de abril de este último año a un centro privado. La realización de una prueba de imagen (resonancia) en este último permitió diagnosticar una hernia discal ese mes, sometiéndose a cirugía, también en el circuito privado, en el mes de agosto de 2024.

Al respecto, observamos que, pese a que la indemnización solicitada por el reclamante se limita a la suma del importe correspondiente a diversos conceptos derivados de la atención privada recibida, y acreditado a medio de las facturas incorporadas al expediente administrativo.

Asumiendo en estos términos la producción de un perjuicio patrimonial cierto, por lo que se refiere a los gastos derivados de la atención dispensada en la sanidad privada, es preciso distinguir, tal y como venimos afirmando reiteradamente (entre otros, Dictamen Núm. 182/2017), entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con los primeros, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos ocasionados “fuera del Sistema Nacional de Salud”, disponiendo que el mismo solo resulta procedente en los “casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital”, y “una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. No consta que dicho procedimiento -que no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos, constando en cambio expresamente la remisión del

escrito inicial al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios desde una Gerencia del Sespa en declarado cumplimiento del Protocolo de Instrucción y Tramitación de expedientes de responsabilidad patrimonial del Sespa.

En el asunto examinado, y siguiendo el criterio manifestado en nuestro Dictamen Núm. 107/2025, constatamos que la asistencia privada no se produce en el contexto de una amenaza vital urgente que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública, sino que se demanda ante la existencia de una determinada sintomatología (dolor lumbar) que motiva la consulta a un especialista privado. Por tanto, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial comprensiva del importe de los gastos sanitarios en los que haya incurrido a consecuencia de esa actuación, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el enfermo con ocasión de la atención recibida o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible -tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante -cuya efectividad ha sido acreditada- es jurídicamente consecuencia del

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

También ha subrayado este Consejo (entre otros, Dictamen Núm. 81/2019), que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, por sí mismo, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

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

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

En el caso sometido a nuestra consideración, tal y como hemos señalado el reclamante no aporta informe técnico alguno en defensa de su pretensión, centrada en la existencia de “un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, al no realizar la resonancia magnética solicitada” por el servicio público sanitario en el mes de noviembre de 2023 “ni el seguimiento” correspondiente por un servicio especializado, “provocando un retraso diagnóstico y terapéutico que derivó en el agravamiento del cuadro clínico y la necesidad de una cirugía urgente por la vía privada”.

En este contexto, un correcto análisis de la reclamación analizada exige discernir, por una parte, si la atención recabada en el circuito privado resulta susceptible de ser resarcida, y, por otra, si el retraso diagnóstico resulta indemnizable, en cuanto generador de pérdida de oportunidad terapéutica.

Respecto al primer aspecto, debemos recordar que este Consejo viene manifestando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 267/2023) que, para considerar legítimo el abandono del servicio público sanitario, debemos atender a consideraciones objetivas y subjetivas. En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique, imparcialmente, esa pérdida de confianza, y ha de quedar igualmente acreditado que tal infracción es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida. De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, cuando quien reclama invoca

implícitamente una desconfianza -lo que se deduce aquí de su reacción frente a los tiempos marcados por el servicio público, dentro del cual se solicitó una consulta especializada-, debemos valorar si esa desconfianza pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales. Para elaborar ese juicio, constituye un indicio el hecho de si el paciente, conocida la necesidad de una prueba diagnóstica o de una cirugía, abandona de modo inmediato el sistema público para realizar dichas prácticas en la medicina privada, sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlas. Como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 10 de julio de 2023 -ECLI:ES:TSJAS:2023:1794- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), el reembolso de los gastos exigiría, entre otros extremos, la “existencia de error o demora de diagnóstico o soluciones a la patología concreta, en un contexto de persistencia de la patología o agravamiento de la salud del usuario” y también, la “advertencia, requerimiento o comunicación a la sanidad pública por parte del paciente de la inminente intención de acudir a la sanidad privada en búsqueda de respuestas satisfactorias”, requisito este último que, según señala la Sentencia citada, “solo puede obviarse, excepcionalmente, en caso de acreditada urgencia vital que reclame la perentoria intervención de la sanidad privada para evitar males mayores”.

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 asumírselos.

Pues bien, en el caso objeto de análisis, los elementos de juicio disponibles impiden apreciar una justificación suficiente a efectos de afirmar la procedencia de resarcir el coste derivado del recurso a la sanidad privada. Efectivamente, no se acredita infracción de *lex artis* alguna en el proceso asistencial, susceptible de ocasionar un daño cierto en la salud del paciente, que justifique objetivamente una pérdida de confianza en el sistema sanitario público. Así, según informa la Jefa del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del centro hospitalario público en el que es atendido el paciente, este no presentaba “ninguna alteración neurológica” en la exploración física realizada en la primera asistencia prestada en el Servicio de Urgencias, el día 25 de septiembre de 2023, que se produce por “lumbociatalgia izquierda de un mes de evolución”, constando que experimentó “mejoría de la clínica tras analgesia intravenosa y la indicación de controles por su médico de Atención Primaria”. En la segunda ocasión que acude, cinco días después, se modificó la pauta analgésica y se remitió “de nuevo a controles por su (médico de Atención Primaria)”, remitiéndose en la tercera ocasión en que acude al Servicio de Urgencias (el día 8 de noviembre) de forma preferente al Servicio de Traumatología, ante “persistencia de los síntomas”, siendo valorado en esta consulta “el día 29 de este mes” sin apreciación “de nuevo” de “pérdida de fuerza o sensibilidad”, solicitándose RMN para valoración de etiología.

Aclara que “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”, quien “conoce los signos de alarma que pueden precisar la derivación urgente”, y concluye explicando que “los tiempos de demora en la sanidad pública tienen que ver con la alta presión asistencial soportada”, existiendo “protocolos para evitar que se demoren situaciones que precisan de atención preferente”.

Por su parte, el informe técnico de evaluación indica que “en los casos de lumbalgia aguda sin déficit neurológico, el tratamiento inicial es conservador y en caso de refractariedad se puede plantear el tratamiento quirúrgico”, resultando acreditado que en las dos ocasiones en las que el paciente acude a

Urgencias en el mes de septiembre de 2023 “no presentaba ningún signo o síntoma de urgencias”, siendo “el tratamiento de la lumbociatalgia aguda” “siempre conservadora de manera inicial”, pautándose antiinflamatorios, “como así se hizo”. Expresa también que en ese momento no se precisaba “ninguna prueba de imagen añadida al no presentar 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 o son discopatías irrelevantes que no precisan tratamiento quirúrgico”. Considera que la solicitud de RMN en la consulta de Traumatología, en el mes de noviembre, “fue correcta”, pues se debió “a la persistencia de la clínica a pesar del tratamiento con el fin de descartar una hernia discal que justificase el cuadro”; asimismo, explica que “al no presentar déficit neurológico no era necesaria su realización de manera urgente, no constituyendo la demora una pérdida de oportunidad terapéutica ni un riesgo vital dada la estabilidad neurológica”. Añade que el transcurso de “cuatro meses desde el diagnóstico privado hasta la cirugía (...) demuestra inequívocamente que no existía una urgencia vital”.

Frente a los argumentos técnicos expuestos, el reclamante se limita oponer, en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, que no existió abandono del servicio público sanitario, pues continuó acudiendo al circuito de Atención Primaria “durante el periodo comprendido entre noviembre de 2023 y agosto de 2024”, precisa que “intentándose comunicar dicho hallazgo” -entendemos que el diagnóstico de hernia discal- “al médico de Atención Primaria sin que el sistema ofreciera un cauce ágil para adelantar la valoración especializada”.

La revisión de la historia en Atención Primaria permite corroborar que, como señala la propuesta de resolución, el paciente no recabó asistencia en su centro de salud entre el mes de enero de 2024 y el mes de abril de 2024, cuando acude con el resultado de la resonancia realizada de forma privada, reflejando que “está a tratamiento” en “clínica privada” si bien no comunica hasta el mes de julio la fecha de la intervención -según el propio reclamante, fue propuesta en el mes de junio-. Por otra parte, advertimos que la derivación

preferente al Servicio de Traumatología, realizada el día 8 de noviembre de 2023, que permitió la atención ese mismo mes, se realizó por persistencia del dolor, sin concurrencia de signos de alarma que motivaran la realización de la prueba con carácter urgente.

A los efectos que ahora interesa no cabe, por tanto, entender resarcible la prueba diagnóstica y la posterior intervención realizadas de forma privada, ninguna de las cuales revestían carácter urgente. La legítima decisión de acudir, entonces, a un especialista privado ante la demora en realizar la resonancia solicitada no lleva, por tanto, aparejada en este caso una justificación trascendente a efectos del resarcimiento de su coste, sin que apreciemos la concurrencia de los presupuestos que determinan la aplicación de los criterios que viene manejando este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 107/2025 y 44/2026) para la aceptación de esa concreta pretensión. En suma, el contexto expuesto impide considerar producida una pérdida de confianza en la sanidad pública, lo que aboca a la consecuente desestimación de la reclamación en cuanto al perjuicio patrimonial esgrimido, sin perjuicio de que -según venimos reconociendo en otras ocasiones- resulte perfectamente comprensible que, quien puede costearlo, acuda en ciertos escenarios a la medicina privada.

En el otro orden de cosas, no se invoca -ni concurre, según el informe técnico de evaluación-, pérdida de oportunidad alguna, habiendo sido el paciente atendido en consulta especializada en un tiempo razonable y, si bien resulta incuestionable la demora en la realización de la prueba, tampoco cabe sostener que ello determina sin más la necesidad de resarcir su práctica de forma disociada a la de la intervención.

En definitiva, nos encontramos con un caso, en el que el reclamante, consciente de que la medicina privada le ofrecía una atención más pronta, decidió voluntariamente acudir a la misma sin esperar a la realización de la prueba solicitada por la sanidad pública; por este motivo, no puede aducir una pérdida de confianza en el servicio público, que puso a su disposición los medios de que disponía, conforme a la *lex artis ad hoc*.

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.-