

Dictamen Núm. 171/2026

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 16 de abril de 2026 -registrada de entrada el día 22 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a una reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria prestada a su hija menor de edad.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 21 de noviembre de 2025 se presenta en el registro de la Agencia Tributaria una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Salud, suscrita por los interesados “en nombre, derecho y representación de su hija menor” de edad, por los daños sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria recibida por parte del servicio público sanitario.

En primer lugar, señalan para su consideración “como antecedentes”, que presentaron otro escrito con fecha 5 de septiembre de 2025 dirigido al

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Exponen que su hija “padeció desde el 23-7-2023 unos cuadros clínicos con síntomas neurológicos, alérgicos y digestivos explicados con detalle en el documento” aludido, presentado dos meses antes, señalando que “desde entonces, y hasta la última consulta de la especialidad de Alergia, ha ingresado en hospitalización del (Hospital) tres veces”, y alguna adicional “en el Hospital de Día”, así como acudido “en numerosas ocasiones a Urgencias de Pediatría” y asistido a “un gran número de consultas en las especialidades de Neuropediatría, Salud Mental, Digestivo y Alergia”.

Identifican como aspecto “más relevante” “los síntomas neurológicos padecidos por la niña (...), tales como dolores de cabeza intensos de tipo migrañoso (...), mareos, fatiga, enrojecimiento, ausencias, confusión mental”, que sus progenitores asocian a “contaminantes físicos (como la humedad, el contacto con alfombras, edificios antiguos, hoteles con moquetas) y/o químicos (olores fuertes (...), humos” como factores desencadenantes, dato reiterado a los médicos que la atienden. Añaden que han advertido un “claro empeoramiento de la sintomatología neurológica y digestiva por la prescripción de tratamientos médicos, especialmente por los antibióticos y con una máxima intensidad por las vacunas prescritas por los alergólogos” del Hospital

Prosiguen explicando que “los especialistas que suelen atender a la niña en sus ingresos son Neuropediatría, Pediatría y Psiquiatría”, destacando que “las dos primeras especialidades” no han aportado “otra hipótesis para explicar los padecimientos de la niña que el origen psicológico/psiquiátrico”, pero que la profesional de esta rama que la atendido en su centro de salud le “ha dado el alta en todas las ocasiones sin ningún diagnóstico ni tratamiento”.

Consideran que sufren “un total abandono de todos los profesionales médicos” lo que genera un “coste físico y emocional” a todos ellos, y relatan que tras “prácticamente dos años” de asistencia sin resultado diagnóstico se vieron “obligados a recurrir a la sanidad privada”. Por indicación de una psicóloga, acudieron a un neurólogo y a una clínica especializada en patología

respiratoria, en la que en el mes de septiembre de 2025 se diagnostica a la menor “migrañas y confusión mental en posible relación con histaminosis de origen intestinal (disbiosis intestinal). Déficit cuantitativo de actividad de enzima DAO (con genética normal) y RC alérgica por ácaros y polen (reacción adversa con inmunoterapia)”.

Resumen que en el último ingreso en el Hospital....., nuevamente los profesionales (pediatra y neurólogo) que asistieron a la paciente concluyeron que “no padece ningún trastorno neurológico u orgánico, y que la clínica se corresponde totalmente con el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico que ya ha sido realizado en este hospital”, “trastorno somatomorfo”. Añaden que la niña ha experimentado mejoría siguiendo las indicaciones de la facultativa de la clínica privada a la que ha acudido.

Solicitan una indemnización por la cantidad de seis mil setecientos ochenta y seis euros con cincuenta y tres céntimos (6.786,53 €), de los que 5.000 € corresponderían a un concepto no identificado, y el resto, al “abono de los gastos médicos, de pruebas, tratamientos y gastos varios, que podamos demostrar mediante facturas y *tickets*, así como los gastos de la misma índole que quedan pendientes de realizar”.

Presentan diversa documentación, tanto médica correspondiente al proceso asistencial por el que reclaman como la acreditativa de la filiación, así como facturas emitidas por distintos profesionales y centros sanitarios privados.

2. Previa petición de la Instructora del procedimiento, una responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos del Área le remite una copia de la historia clínica de la paciente, así como el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia del Hospital con fecha 26 de diciembre de 2025.

Con fecha 30 de enero de 2026, remite “informes aportados por Salud Mental”, incluido informe emitido el día 26 de ese mes por una facultativa de un Centro de Salud Mental Infantil.

3. A continuación obra incorporado al expediente un Informe Técnico de Evaluación elaborado por la Instructora con fecha 4 de febrero de 2026.

En él, detalla las pruebas realizadas a la menor desde el año 2023, concluyendo la ausencia de fundamento de la afirmación de abandono del paciente, así como la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada, y, en particular, la del diagnóstico psiquiátrico emitido con arreglo a la bibliografía médica que cita.

4. Evacuado el trámite de audiencia, mediante oficio notificado el 19 de febrero de 2026, uno de los reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que argumenta que precisamente el conjunto de pruebas realizadas han resultado inútiles e incluso perjudiciales, frente al diagnóstico alcanzado por la especialista privada “con la simple escucha de los síntomas y la observación de las analíticas realizadas en el propio (Hospital),” que revelaban “una histamina” muy elevada, orientando un diagnóstico acertado.

Tras referirse a la atención dispensada a lo largo de los “dos años”, que se resume en el informe emitido por el Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia del Hospital, aclaran que esa asistencia no es “el motivo de la reclamación patrimonial”, sino que pese a las “muchas pruebas” realizadas no se ha alcanzado un resultado concluyente. Aluden a continuación de forma específica a un episodio asistencial, que califican como “momento clave de” su “sentimiento de abandono”, ocurrido el día 31 de agosto de 2025, “última noche y última vez que acudimos a Urgencias con clara sintomatología neurológica” de la menor, y en la que fue derivada a Salud Mental.

Acompañan nuevos justificantes de pago por la asistencia sanitaria privada y varios productos sanitarios, cuyo abono solicitan, aumentando la indemnización indicada en el escrito inicial a un total de 7.197,14 €. Asimismo, escrito de queja presentado en el mes de septiembre de 2025, y dirigido al Servicio de Atención al Paciente del Sepsa, acompañado a su vez por dos

informes emitidos en el mes de julio por un especialista privado en Neurología y una psicóloga, respectivamente; y, además, el informe emitido en el mes de enero de 2026 por una facultativa de una clínica privada especializada en “asma y alergias”.

5. Con fecha 5 de marzo de 2026, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, con base en los informes emitidos con ocasión del procedimiento, con expresa referencia a las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia y especificación del carácter voluntario de los gastos de medicina privada afrontados por los reclamantes.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 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, estando facultados los padres para actuar en representación de su hija menor de edad, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

Al respecto, conviene precisar que, pese a que los reclamantes afirman interponer la reclamación “en nombre, derecho y representación” de su hija menor, lo cierto es que parte del perjuicio patrimonial sufrido se refiere al coste de la asistencia privada recibida por la paciente, cuyo resarcimiento pretenden y que ellos, al menos en parte -pues constan emitidas facturas a nombre de la propia menor-, habrían sufragado, tal y como consta en la documentación acreditativa. Por otra parte, tal y como observamos en nuestra consideración sexta, si bien se presenta documentación que prueba el daño patrimonial sufrido, nada se explicita respecto al concepto al que corresponde parte del importe total de la cuantía solicitada, si bien del relato de reclamantes cabría inferir que invocan también un daño personal derivado del proceso asistencial seguido. No obstante, advertimos también que la Administración no ha cuestionado su legitimación y procedido a requerir la subsanación de la solicitud en los términos del artículo 68.1 a fin de aclarar estos extremos. Por ello, si finalmente se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que previamente se verifique la legitimación de los padres en relación con el daño propio, tanto personal y patrimonial, sufrido, concediéndoles un plazo para subsanar tal defecto, con la advertencia de que si

así no lo hiciera se les tendrá por desistidos de su petición -respecto, claro está, del perjuicio propio-, previa resolución dictada en legal forma. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 asunto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 21 de noviembre de 2025 por los daños que los interesados atribuyen a un proceso asistencial cuyo último episodio relevante habría tenido lugar en el mes de agosto de 2025. Tanto si consideramos esta fecha, como si nos atenemos a la del mes de septiembre de 2025, en el que una profesional de una clínica privada emite un diagnóstico diferenciado, o a las de las facturas cuyo resarcimiento se reclama -todas ellas emitidas en ese año-, no ofrece duda que la acción ha sido ejercitada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las

especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación 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 los interesados solicitan ser indemnizados por los daños derivados de un proceso asistencial que les obligó a recurrir a la medicina privada.

La documentación médica obrante en el expediente permite acreditar que la paciente, hija menor de edad de los reclamantes, fue atendida en diversas ocasiones a lo largo del periodo comprendido entre los años 2023 y 2025 por una sintomatología que motivó que acudieran a varios especialistas privados a fin de alcanzar un diagnóstico, constando la emisión de facturas por estos últimos servicios.

En consecuencia, cabe considerar probada la efectividad de un daño cierto, consistente en, al menos, haber incurrido en determinados gastos médicos privados relacionados con el abordaje de una patología de origen inespecífico. Sin perjuicio de que la exacta cuantificación económica del perjuicio sufrido deba ser abordada en caso de estimar que concurren el resto de presupuestos generadores de la responsabilidad que se demanda, no podemos dejar de observar que los reclamantes no explicitan el concepto al

que corresponde el grueso de la cantidad indemnizatoria solicitada -5.000 €, respecto a un total que supera los 7.000 €-. Ello obliga a apuntar, aun de forma sucinta, que en caso de que hipotéticamente se refieran a un daño de tipo moral (con el que puede identificarse el “coste físico y emocional” que mencionan en su solicitud como asociado al proceso de tratamiento de las dolencias de su hija), es doctrina reiterada de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 97/2006, 16/2017 y 28/2025) la necesidad de su prueba. Por otra parte, los interesados también aportan gastos de hotel o de desplazamiento sin que de forma expresa los relacionen con la atención recibida fuera de la Comunidad Autónoma.

En cualquier caso, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

En primer lugar, y 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, tramitado desde su inicio como un expediente de responsabilidad patrimonial.

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 que motiva la consulta a dos especialistas privados. 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, 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 poder apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina 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.

Finalmente, como también venimos subrayando, ha de tenerse en cuenta 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 esos 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). Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio -cuya reparación se persigue- sea una consecuencia o tenga, como factor causal, dicha prestación sanitaria.

Asimismo, y puesto que, aun no de forma explícita, los interesados reprochan una omisión diagnóstica, hemos de recordar (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto*, al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria,

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

En el asunto sometido a nuestra consideración, los reclamantes centran su imputación en el “abandono” que afirman haber sufrido por parte del servicio público sanitario, que, afirman, les ha abocado a recurrir a la sanidad privada. En las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, identifican con precisión el momento en que entienden materializado ese abandono -que, por tanto, justificaría la pérdida de confianza- y lo sitúan en la asistencia prestada el día 31 de agosto de 2025.

Relatan que ese día, la niña acudió al Servicio de Urgencias del Hospital con “clara sintomatología neurológica”, destacando que habían pedido “el cambio” de un facultativo a otro, “Responsable de Neuropediatría”, y que tras pasar la noche en observación, por la mañana este último profesional y otra pediatra visitaron a la menor, comunicando, según su progenitor, que no existían alternativas de tratamiento dado que la paciente presentaba un trastorno de tipo psiquiátrico (no físico o neurológico), si bien dos “psiquiatras infantiles” que acudieron a continuación indican que el problema es psicológico y no psiquiátrico. Se apoyan, en defensa de su pretensión, en el correspondiente informe de alta; añaden que con fecha 5 de septiembre de 2025 presentaron un “escrito de queja” junto al que aportaban “informes” emitidos en el mes de julio por dos de los especialistas privados a los que acuden: el primero de ellos, suscrito por un especialista en Neurología y en Neurofisiología Clínica, y el segundo, por una psicóloga. Asimismo, obra en el expediente informe emitido en el mes de septiembre de 2025 por una facultativa de una clínica especializada en “asma y alergia”; al contenido de todos ellos haremos pertinente referencia al analizar en particular el informe de alta de 31 de agosto de 2025, al que aluden los reclamantes.

Por su parte, el informe emitido por el Director del Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia, que “engloba a las Unidades de Neuropediatría, Alergia Pediátrica y Gastroenterología infantil y a la Sección de Urgencias de Pediatría y Hospitalización Pediátrica”, señala en primer lugar que el escrito de queja presentado en el mes de septiembre de 2025 “fue contestado con fecha 29 de octubre de 2025”, en el que “se facilita a la familia teléfono y correo electrónico de contacto de la Secretaría de Pediatría para coordinar una valoración conjunta por Salud Mental, Alergia Pediátrica y Neuropediatría”, sin que la familia se haya puesto en contacto. Resume la atención prestada por parte de las Unidades de Neuropediatría, Alergia Pediátrica y Gastroenterología Pediátrica y de la Sección de Urgencias de Pediatría y Hospitalización Pediátrica, a fin de rechazar la inactividad atribuida

por los reclamantes, añadiendo que “durante los procesos asistenciales referidos se han realizado múltiples pruebas complementarias como vídeo-electroencefalogramas, resonancias magnéticas, radiografías y análisis de laboratorio”, subrayando que “la sanidad pública no ha escatimado esfuerzos en la asistencia realizada” a la menor.

A su vez, el informe emitido por una profesional del Servicio de Salud Mental Infantil refleja que la menor fue atendida “en varias ocasiones, como interconsulta durante la hospitalización y desde el Servicio de Urgencias en el Hospital y en consultas ambulatorias en el Centro de Salud Mental Infantil”, detallando el resultado de las consultas, en las que no se llegaron a identificar “posibles desencadenantes emocionales para la sintomatología (mareos, cefaleas, dolores abdominales ...)”, por lo que se acordó en enero de 2024 un “seguimiento telefónico dejando abierta la posibilidad de que la familia contacte” para una nueva cita presencial, que tiene lugar en julio de 2025 “tras un nuevo ingreso”. En esta ocasión, no se observan “alteraciones del estado anímico”, “síntomas psicóticos ni alteraciones sensoperceptivas”, acordándose el alta a finales de ese mes, si bien fue objeto de nuevo seguimiento a partir del mes de septiembre. Concluye que “no se ha llegado a concluir un diagnóstico específico, aunque sí se ha ofrecido a” la paciente y a su familia “el seguimiento ambulatorio como apoyo a sus problemas”.

Por su parte, el informe técnico de evaluación cita “datos recogidos en la bibliografía médica” a fin de justificar la posibilidad diagnóstica de “trastorno somatomorfo”, así como la “falta de una fisiopatología explicativa única para un trastorno o diagnóstico específico”. Dada la ausencia de fundamento de las invocaciones de abandono, se concluye la improcedencia de asumir el coste del recurso a la medicina privada, en cuanto decisión “autónoma y voluntaria por parte” de los padres.

Sentado lo anterior, procede analizar el informe de alta emitido por el Servicio de Urgencias con fecha 31 de agosto de 2025, dada la relevancia que le otorgan los propios reclamantes a efectos de justificar el recurso a la

medicina privada. Pues bien, advertimos que su lectura avala, ni en sí mismo ni en interpretación conjunta con el resto de documentación relativa a la asistencia prestada por parte del servicio público sanitario, la convicción que alcanzan los reclamantes respecto al supuesto “abandono” por parte de la sanidad pública. Así, en primer lugar, el citado informe (de 31 de agosto de 2025), concluye precisamente con el diagnóstico principal de “sospecha” de “trastorno neurológico funcional”, consignándose en la impresión diagnóstica que “dada la entrevista realizada con la paciente y con el padre y la revisión de la historia, no podemos concluir un diagnóstico de trastorno somatomorfo./ Pero dado el estilo evitativo y la dificultad para conectar y verbalizar emociones, sí indicamos nueva derivación a CMS” “de cara a poder acompañar la repercusión emocional de estos episodios en (la paciente)./ Comentamos con el padre, que se muestra de acuerdo”. En el informe se refleja, asimismo, el desconcierto del padre por las dudas que suscita el diagnóstico previo de trastorno somatomorfo -realizado en el Hospital-, que no fue secundado por los servicios especializados de Salud Mental, y también consta que se efectuó una valoración interdisciplinar en la que participaron los profesionales indicados. El resumen efectuado y la transcripción parcial del informe evidencian que, precisamente, en esta ocasión se concluyó la ausencia de trastorno psiquiátrico alguno en la menor, lo que no impide la derivación para acompañamiento en la repercusión emocional. Esta indicación coincide plenamente con la efectuada por la psicóloga privada a la que acuden los reclamantes y que, en el informe emitido el día 22 de julio de 2025 (folio 89) concluye que “se reencuadra el rol del apoyo psicológico como un recurso disponible para” la menor “y su núcleo familiar en el futuro, ante cualquier necesidad de acompañamiento emocional o en la adaptación a las circunstancias de salud que puedan surgir”. Asimismo, la ausencia de trastorno neurológico alguno coincide con la conclusión del especialista privado al que han consultado pues, tal y como se refleja también en el informe, descartó “una posible epilepsia del lóbulo frontal”, si bien también figura que este profesional

recomienda "(verbalmente y según el padre) registro prolongado", indicando el informe hospitalario que no se aporta informe emitido por ese facultativo -en este sentido, los reclamantes reiteran, en las alegaciones formuladas con ocasión el trámite de audiencia, que ni siquiera identifican al "reputado especialista" que "estima conveniente al caso la realización de un vídeo-electroencefalograma a 24 o 72 horas" porque carecen de un "informe firmado"-.

Por otra parte, en el informe también se tiene en cuenta la intervención realizada por la alergóloga privada, que aprecia "posible cuadro alérgico desencadenado por vacunas de la alergia". Llama nuestra atención que en este caso se consigne, en el apartado de "enfermedades previas", la referencia a la "alergóloga privada de Madrid" es seguida por la indicación de que "(no visualizamos informe)", si bien a continuación se consigna, en el epígrafe de "Interconsulta Neuropediatría", que la familia ha acudido "al circuito privado a: 1) alergólogo privado en Madrid, les ha hablado de posible cuadro alérgico desencadenado por vacunas de la alergia. Ver informe detallado". La aparente contradicción entre ambas anotaciones se despejaría teniendo en cuenta que el único informe obrante en el expediente y emitido por esa especialista correspondería en todo caso al presentado junto al escrito inicial (folio 12 del expediente), de fecha 28 de septiembre de 2025. Pues bien, pese a que en este último no figure la fecha de la primera consulta, no ofrece duda que fue anterior a la asistencia recabada en el Hospital el día 31 de agosto de 2025. Así, en el informe de alta correspondiente a esta última consta que "se encuentra a seguimiento por un neurólogo privado en Santander y por una alergóloga privada en Madrid que le está realizando pruebas de la histamina", asistencia esta última que se completa con la referencia efectuada en el apartado de "enfermedades previas", en la que se recoge que "según alergóloga privada de Madrid (no visualizamos informe) niveles elevados de histamina y niveles bajos de ADO, en tratamiento dietético (eliminación de alimentos que contienen histamina) desde hace una semana)". Dato coherente

con el propio relato de los reclamantes, que en su solicitud manifiestan que acudieron el día 22 de agosto a la consulta de la alergóloga, decisión motivada por la sospecha de que la sintomatología de su hija presentaba “relación de causalidad” con la “exposición de contaminantes” -en particular, en el informe de 31 de agosto de 2025-.

Por tanto, como primera, y muy relevante conclusión, resulta evidente que en el momento en que la actuación interdisciplinar desplegada el día 31 de agosto de 2025 tiene lugar, los reclamantes ya habían recurrido a la sanidad privada, sin que pueda, por tanto, elevarse esa fecha y el resultado de esa atención a hito asistencial crucial en la decisión de acudir a la sanidad privada como respuesta frente al supuesto “abandono”. En segundo lugar, los informes emitidos por los especialistas privados no contradicen los resultados reflejados en el informe de alta, y, en tercer lugar, advertimos que los propios reclamantes consideran como orientación diagnóstica acertada la emitida por la especialista privada en alergología -cuyas prescripciones, sostienen, han supuesto una mejora de su hija-, lo que no obsta para que, de forma un tanto contradictoria, pese a señalar como “todo un acierto” la “hipótesis” de esta médico insistan al mismo tiempo en que “la niña sí padeció un trastorno neurológico y orgánico: migrañas y confusión mental en posible relación con histaminosis de origen intestinal (disbiosis intestinal)”, en la que “no profundizaron los doctores del (Hospital). Sin que, por otra parte, la solicitud de “valoración multidisciplinar” realizada por el padre el día 31 de agosto de 2025 haya incluido la de intervención de un especialista en Alergología, cuya participación sí se demanda en el escrito de queja dirigido al Servicio de Atención al Paciente en el mes de septiembre de 2025, si bien la historia clínica evidencia que recibía tratamiento por parte de Alergología.

Adicionalmente, el examen de la restante documentación clínica revela que la asistencia prestada a partir del primer episodio incluyó la realización de diversas pruebas diagnósticas -radiografía, resonancia magnética, ecografía abdominal, endoscopia, biopsias- para descartar afectación neurológica, así

como analíticas y ajustes de tratamiento -en concreto, de proceso de sensibilización a alergia mediante vacunación- para poder determinar con exactitud la etiología de los síntomas que presenta la paciente, cuya naturaleza origina la intervención de diversas especialidades, pues además de las ya indicadas (Neurología, Alergología, Pediatría, Salud Mental) fue también evaluada por Oftalmología, Otorrinolaringología y Digestivo. En particular, en el informe de seguimiento de Salud Mental de fecha 28 de febrero de 2023 figura que según informaba la madre, “la valoración de la” prueba “de histamina dio dudosa”, si bien realiza adaptaciones en dieta. Por tanto, la atención comprendió la valoración del factor al que los propios reclamantes consideran desencadenante de los episodios que afectan a la menor, caracterizados por la cefalea y la confusión mental, sin que se obtuvieran resultados concluyentes entonces. También en el año 2024 (folio 214) figura que por parte del Servicio de Pediatría se solicitó, entre otras pruebas, “DAO en sangre”, realizada en clínica privada al año siguiente, y que ya en ese momento -enero de 2024- se valoraba la posibilidad de “probar dieta baja en histamina”, si bien dado que en la siguiente revisión estaba “muy bien controlada del dolor abdominal” no se propuso. Ello evidencia, en todo caso, una anticipación en la propuesta de tratamiento que luego realiza la especialista de la clínica privada en el verano de 2025.

En consecuencia, no puede achacarse al servicio público sanitario el “inmovilismo” que alegan los reclamantes pues, por el contrario, se realizaron múltiples pruebas y consultas especializadas a fin de alcanzar un diagnóstico certero del origen de los síntomas que presentaba la menor, realizándose propuestas terapéuticas concretas que puntualmente implicaron mejoría. Por otra parte, los reclamantes no aportan ningún informe que refute las consideraciones vertidas por los Servicios informantes, sin que quepa concluir, por una parte, la inexistencia de relación de causalidad entre las lógicas molestias o preocupaciones derivadas de un proceso como el descrito para los afectados, ni, por otra, la procedencia del abono de los gastos médicos privados

en que hayan incurrido, producto de una decisión legítima y comprensible pero no resarcible.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial formulada, 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.-