

Dictamen Núm. 179/2026

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 4 de mayo de 2026 -registrada de entrada el día 13 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de un deficiente tratamiento quirúrgico de su escoliosis del adolescente.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Sin que conste la fecha de registro, una paciente suscribe un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido al Servicio Público de Salud el día 22 de mayo de 2025, que es remitida desde la Gerencia del Área Sanitaria al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el día 18 de junio de 2025, constando como fecha de entrada el día 19.

La paciente, nacida en 1998, expone que, padece escoliosis con doble curvatura torácica izquierda y lumbar derecha, siendo intervenida quirúrgicamente en el Hospital en mayo de 2013 y que, en 2022, acudió a

su médico de Atención Primaria por sufrir dolores en la columna vertebral impeditivos, quien solicita una prueba radiológica que -a la vista de los resultados- se complementa con un tac el 22 de julio de 2022.

Explica que, tras ello, es valorada por el cirujano que la atendió en 2013, quien recomienda una nueva operación, recibiendo el alta hospitalaria de la misma el día 21 de diciembre de 2022. Menciona seis consultas entre el 3 de enero de 2023 -fecha de retirada de las grapas- y el 31 de mayo de 2024, explicando que el 23 de febrero acude a la consulta “a raíz de infección en la herida tras la retirada de las grapas, infección, que tras pruebas médicas realizadas con posterioridad, reflejan que a día de hoy” continúa con dicha infección en la espalda, por no haber “limpiado bien la herida cuando se tuvo conocimiento de la infección”. Afirma que, en las consultas con el cirujano de los días 20 de noviembre y 9 de mayo de 2023, advierte de que padece “fuertes dolores”, por lo que se indica la práctica de un “escáner parcial de la columna y no se puede apreciar la columna completa” que se realiza el día 31 de mayo y evidencia “ligera desviación de los tornillos”; el mismo día, en consulta, el cirujano le explica los resultados del escáner, comentando “que está todo correcto (...) y que la única solución si continúan los dolores sería volver a quitar todos los hierros de la operación” y dejarla sin ellos.

Afirma que, “ante este diagnóstico y la pasividad del doctor”, acude a una consulta de Neurocirugía -en un centro privado de otra comunidad autónoma- el día 12 de julio de 2024, realizando nuevas pruebas de imagen en el ámbito privado el 19 de dicho mes, que permiten concluir “fijación T4 a L4 con tornillos y barras posteriores con disposición de tornillos”, descrita en el cuerpo del informe, y “amplia artrodesis posterior más abundante en segmentos lumbares y muy escasa en dorsales proximales”. En la consulta del día 29 del mismo mes, se le “comunica que no hay más opción que operar la columna de nuevo, ya que hay serias posibilidades de poder acabar en silla de ruedas de continuar con los tornillos atravesando la médula, ya que la operación” anterior “está muy mal realizada”.

Añade que el día 27 de agosto acude al Servicio de Urgencias del Hospital por fuertes dolores y que, al día siguiente, comienza un período de incapacidad temporal, que achaca “al empeoramiento (...) sufrido como consecuencia de la operación realizada el pasado 14 de diciembre de 2022”.

La siguiente consulta que menciona en su escrito es de fecha 3 de diciembre de 2024, momento en el que comunica al doctor que le hace el seguimiento en el ámbito privado, que “el dolor lumbar ha aumentado”. Este le pauta la realización de un tac -que se efectúa el día 10 de diciembre- y se remite la información a otro especialista del ámbito privado por indicación de este. En la consulta de este último especialista del 20 de enero de 2025, le “indica la malposición de varios tornillos que están invadiendo la médula”, lo que requiere su sustitución “debido a la mala operación” realizada “en diciembre de 2022”. Este segundo médico emite un informe el 14 de abril de 2025 y, al día siguiente, le ofrece un presupuesto para la práctica de la intervención quirúrgica de 75.895 €, que señala para el día 26 de mayo de 2025.

Concluye, de todo lo anterior, que “es evidente el nexo causal entre la realización de la operación realizada en 14 de diciembre de 2022 (...), ya que tras los informes médicos realizados en distintos centros médicos, coinciden en la malposición inicial de los tornillos en la columna desde la operación del 2022, que son la causa inequívoca” de sus dolores y padecimientos, afirmando que se trata de “un caso de mala praxis”.

Solicita -provisionalmente- una indemnización de 378.015,13 € por los conceptos que desglosa.

Aporta distintas facturas por pruebas médicas y consultas en la sanidad privada y numerosa documentación clínica.

Entre ella, figura el informe del Servicio Traumatología del Hospital Universitario Central de Asturias firmado al alta el 3 de junio de 2013, que señala -como fecha de ingreso para cirugía programada- el 19 de mayo de 2013 y detalla -como procedimiento quirúrgico- que, el 22 de mayo de 2013, bajo anestesia general, se realiza “corrección quirúrgica de curva escoliótica

dorsolumbar mediante fijación con tornillos pediculares y barras posterolaterales entre vértebras T9 y L4”.

El informe de resultados de la prueba de imagen del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital realizada el 24 de junio de 2022 refleja “RX columna toracolumbar: importante escoliosis rotacional toracolumbar. Material de osteosíntesis”. El de 25 de julio indica, como motivo de consulta, escoliosis congénita y refleja, como hallazgos del tac de columna dorsal y lumbar “severa escoliosis dorsolumbar de convexidad derecha. Altura y morfología de los cuerpos vertebrales dentro de las características normales./ Instrumentalización dorsolumbar desde T9-L4, lo que condiciona artefacto por endurecimiento del haz. No se identifican signos que sugieran rotura, aflojamiento u osteólisis circundante./ Marcada disminución de altura de los espacios intervertebrales T4-T5, T5-T6, T6-T7, T7-T8 y T8-T9 con incipientes cambios degenerativos interapofisarios, de mayor entidad en el espacio T4-T5 de predominio derecho, donde se identifica algún quiste subcondral./ Marcada disminución de altura de los discos intervertebrales del segmento instrumentalizado (T9-L4) con marcada hipertrofia de articulaciones interapofisarias sin que condicione compromiso foraminal, al menos significativo”.

El informe del Servicio de Urgencias hospitalarias del día 24 de octubre de 2022 refleja, como motivo de consulta, “dolor lumbar” e indica en la “historia actual” que se trata de “paciente con antecedentes de escoliosis dorsolumbar pendiente de cirugía en este hospital. Acude a urgencias porque hace 48 horas mientras jugaba al pádel, notó tirón muscular en región lumbar derecha, desde entonces dolor progresivo y limitación funcional” e indica que, a la exploración, “se confirma escoliosis dorsolumbar con dolor intensificado a la palpación lumbar derecha” reflejando el diagnóstico de dorsolumbalgia.

Consta que, el 14 de diciembre de 2022, ingresa en el hospital para cirugía programada mediante informes de los Servicios de Pediatría -ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para control del dolor tras posoperatorio de escoliosis- y de Traumatología.

El informe de resultados del tac de columna lumbosacra realizado el 31 de mayo de 2024 refleja "severa escoliosis dorsolumbar de convexidad derecha" e "instrumentalización dorsolumbar desde T9-L4, lo que condiciona artefacto por endurecimiento del haz./ Existe ligera desviación de los tornillos" en el sentido que describe, así como una marcada disminución de altura de los espacios intervertebrales y de los discos intervertebrales en los términos que refiere.

El informe del Servicio de Urgencias del Hospital de 27 de agosto de 2024 contempla -como motivo de consulta- una lumbalgia y refleja el resultado de la exploración y de las pruebas complementarias, indicando que "la paciente está pendiente de intervención en (hospital) de León por escoliosis dorsolumbar (y según refiere también afectación cervical)", con última revisión en Traumatología del Hospital en mayo, recomendándosele que solicite adelantar la cita con el servicio de Traumatología del hospital que la trata, con indicación de tratamiento farmacológico.

Presenta, asimismo, diferentes informes clínicos de profesionales del ámbito privado. El informe del diagnóstico por imagen -referido a la práctica de un tac de columna dorsolumbar en el ámbito privado-, fechado el 19 de julio de 2024, contempla como conclusión "fijación T4 a L4 con tornillos y barras posteriores con disposición de tornillos" descrita en el cuerpo del informe y "amplia artrodesis posterior más abundante en segmentos lumbares y muy escasa en dorsales proximales".

El informe de la consulta de Neurocirugía -tras la valoración efectuada el 12 de julio de 2024- indica que "consulta en nuestra Unidad de Patología Compleja de la Columna por cuadro clínico de dolor dorsolumbar irradiado al glúteo izquierdo y por territorio radicular S1 izquierdo hasta la fosa poplítea, de forma persistente tras la segunda intervención quirúrgica de la escoliosis dorsolumbar. Refiere disestesias y parestesias por dermatomas C6 y S1 izquierdos. Nota pérdida de fuerza en la mano izquierda y debilidad en la pierna izquierda, le cuesta subir escaleras. Claudicación neurógena de la marcha por S1 izquierdo y por severo dolor lumbar. Refiere que le duele más ahora que

antes de la primera operación” y afirma que “no lleva tratamiento farmacológico actualmente”. Indica como fecha de consulta de seguimiento el día 29 del mismo mes sin mejoría con la medicación prescrita, que abandonó por somnolencia.

Tras la realización de una RM de columna, otra clínica informa el 19 de julio de 2024, alcanzando como “conclusión: escoliosis dorsolumbar con importantes artefactos secundarios a artrodesis transpedicular amplia dorsal y lumbar caudal a D4./ No hay claros focos de estenosis de canal a pesar de la limitación de las imágenes”.

El informe de Neurocirugía de un hospital privado, emitido el 29 de julio de 2024, resume el resultado de “RM y TAC lumbar julio de 2024: artrodesis pedicular T4-L4./ Mal posición de los implantes: T4 izquierdo medial con invasión del canal/ T7 izquierdo medial y con invasión del foramen T7-T8 con compromiso de la raíz T7 izquierda/ T9, T10 y T11 derechos mediales y con invasión del canal/ L1 izquierdo medial con invasión del canal/ L2 derecho lateral fuera del cuerpo vertebral y el izquierdo medial con invasión del canal/ Artropatía facetaria L4-L5 y L5-S1 con signos de sobrecarga y estenosis foraminales L4-L5 y L5-S1 con compromiso radicular”, indicando “caso para cirugía en octubre, se valorará en sesión clínica y se avisará a la paciente de la fecha”.

El informe de Neurocirugía de una clínica privada -fechado el 14 de abril de 2025- indica, como motivo de consulta, “dolor lumbar persistente con irradiación a miembro inferior izquierdo, acompañado de signos clínicos compatibles con radiculopatía. Antecedentes quirúrgicos de escoliosis con múltiples intervenciones”; como antecedentes médicos y quirúrgicos relevantes, señala que es “intervenida en el año 2016 (*sic*) por escoliosis del adolescente./ Reintervenida en 2022 por pseudoartrosis, realizándose cirugía de revisión./ Infección de herida quirúrgica tras la segunda intervención, tratada con curas locales y antibióticos orales, sin necesidad de reintervención”; como situación clínica actual, refiere “dolor lumbar crónico con irradiación a miembro inferior izquierdo./ Disestesias y limitación funcional importante, con uso de muletas

para la deambulaci3n./ Malposici3n evidente del instrumental en las pruebas de imagen, con sospecha de conflicto radicular". Determina solicitar pruebas complementarias para descartar infecci3n activa y evaluar la integraci3n del material con el fin de "orientar la necesidad de una nueva cirugía de revisi3n".

2. Mediante oficio de 26 de junio de 2025, la Jefa de la Secci3n de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepci3n de su reclamaci3n en el Servicio de Inspecci3n de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructora y su r3gimen de recusaci3n, las normas de procedimiento, el plazo de resoluci3n y notificaci3n y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa petici3n formulada por la Instructora el día 7 de julio de 2025, la Gerencia del Área Sanitaria le remite un CD el día 5 de septiembre con la historia clínica de la reclamante y un informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital En él se explica que el 22 de mayo de 2013 se realiza una "artrodesis posterior instrumentada con tornillos pediculares mediante técnica de manos libres y monitorizaci3n neurofisiol3gica intraoperatoria./ Esta técnica quirúrgica es la empleada en la cirugía de escoliosis idiopática del adolescente como el caso de esta paciente./ Se realizó una fijaci3n entre las vértebras de la curva principal (T9-L4) evitando fusionar la regi3n vertebral torácica para intentar preservar la mayor movilidad posible./ La evoluci3n posoperatoria fue muy buena./ Pasados unos años fue intervenida nuevamente por dolor en relaci3n a un aumento de la desviaci3n de la columna en el nivel superior. Esta situaci3n es esperable en la mayoría de las ocasiones ya que se fijan unos segmentos vertebrales pero el resto de la columna continúa siendo móvil y sigue su proceso natural, es decir, va a envejecer, va a desgastarse y a progresar la deformidad en los niveles no fusionados./ Por todo ello, con fecha 15-12-2022 se realiza una ampliaci3n de la artrodesis previa entre las vértebras T4-L4./ Se implanta una nueva instrumentaci3n y se recambian diversos tornillos roscados en la zona ya operada por otros con un

diámetro mayor con el objetivo de darle una mayor estabilidad al sistema./ En la cirugía de las deformidades el implante del material es más complejo al encontrarnos con vértebras muy deformadas anatómicamente de manera congénita con los ejes alterados en las tres dimensiones del espacio./ Esto implica que el diámetro de los tornillos es mayor que el del pedículo que los acoge y aún más al sustituir los tornillos previos por unos de mayor anchura en las cirugías de revisión. Este es el motivo por el que en las pruebas de imagen aparecen parte de los mismos fuera del pedículo./ El tornillo parece mal posicionado, pero es el único modo de implantarlo en la vértebra, lo que determina su colocación definitiva es si provoca daño neurológico./ Por eso, de manera intraquirúrgica se realizan procedimientos con el objetivo de prevenir lesiones neurológicas iatrogénicas./ La herramienta fundamental es la monitorización intraoperatoria que consiste en la estimulación de los tornillos pediculares aplicando un estímulo eléctrico único sobre el tornillo y registrando su respuesta motora en el músculo correspondiente a la raíz del nivel estimulado./ Incluimos en el protocolo de monitorización una doble estimulación de los tornillos:/ Inmediatamente después de implantar el tornillo./ Tras haber concluido la implantación de todos los tornillos, tras moldear las barras se realiza una nueva estimulación antes de iniciar las maniobras de corrección./ Los valores de sensibilidad y especificidad descritos en la bibliografía para la detección de mala posición de tornillos por esta técnica son de 0,78 y 0,94 respectivamente./ Al procedimiento anterior se añade la palpación del lecho óseo previo a la colocación del tornillo para mayor prevención./ En las dos intervenciones de la paciente se han empleado varios procedimientos para aumentar la seguridad:/ 1. Palpación del lecho donde se va a implantar el tornillo./ 2. Estimulación del tornillo (...) 3. Visualización del tornillo bajo RxTv./ En ninguna de las dos cirugías, así como en el posoperatorio inmediato se constató daño ni alteración en la neurología. La ubicación del material implantado se evalúa mediante estudios de imagen (TC, radiografías) que se solicitaron para confirmar que no comprometan estructuras críticas./ El informe del TC con fecha 31-05-2024 señala 'marcada disminución

de altura de los discos intervertebrales del segmento instrumentalizado (T9-L4) con marcada hipertrofia de articulaciones interapofisarias sin que condicione compromiso foraminal’./ El realizado con fecha 31-05-2024 indica ‘ligera desviación de los tornillos en el siguiente sentido...’ pero a pesar de la posición subóptima (...) de los tornillos no se presenta daño neurológico que requiera una nueva intervención por este motivo./ Las posibles alteraciones radiculares que se señalan en los informes afectarían a las raíces de los niveles más inferiores de la columna que no han sido tocados en ninguna de las cirugías practicadas./ El sistema de fijación global implantado no presenta movilidad secundaria con lo que una afectación neurológica por este motivo tras la cirugía y más pasados ya años es altamente improbable”.

Respecto a la infección de la herida quirúrgica, explica que en la cirugía del año 2022 “se detectó una infección de bajo grado que como se señala en el curso clínico se resolvió con antibioterapia y manejo local de la herida./ La infección superficial, si no se extiende a tejidos profundos o al material, no requiere retirada inmediata del implante, pero llegado el caso podría plantearse ya que se caracterizan por ser procesos infecciosos a bajo ruido que en ocasiones incluso se presentan años después del acto quirúrgico inicial”. Añade que “ante la persistencia del dolor que refiere la paciente (consulta con fecha 06-05-2024) se podría valorar la posibilidad de retirar la instrumentación si se demuestra que es la causa del dolor al producir una irritación tisular en la musculatura posterior adyacente./ En el último estudio radiográfico al que tenemos acceso con fecha 01-07-2025 se constata que la paciente fue intervenida nuevamente en otro centro”.

Concluye señalando que, “por todo lo anteriormente expuesto, (...) el procedimiento realizado antes, durante y después de la cirugía fue el apropiado y (...) que:/ Se llevaron a cabo los procesos siguiendo los protocolos médicos y las guías de la práctica clínica vigentes./ Se determinó que los estudios previos a la cirugía (como análisis clínicos, imágenes, exploraciones clínicas, etc.) fueron completos, pertinentes y realizados de acuerdo con las necesidades del caso, asegurando una preparación idónea de la paciente./ Durante la cirugía las

técnicas empleadas, el manejo intraoperatorio y las decisiones tomadas por el equipo médico fueron apropiadas, siguiendo las mejores prácticas y considerando las condiciones (de la) paciente en cada momento./ El seguimiento y manejo posquirúrgico (...) se llevaron a cabo de manera oportuna y conforme a los estándares médicos./ En nuestra opinión no se identifican errores, omisiones u otra alteración significativa en el proceso que pudieran calificarse como negligencia médica”.

4. Se incorpora al expediente -seguidamente y por duplicado- un informe pericial librado, a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología que, primeramente, explica la cronología de la asistencia dispensada, seguida de unas consideraciones generales sobre la escoliosis idiopática juvenil y las complicaciones quirúrgicas que pueden presentarse, afirmando que las tasas de reintervención se encuentran entre un 20 % y un 30 % de los casos.

Considera que el control intraoperatorio y radiológico -llevado a cabo durante la intervención quirúrgica practicada el 15 de diciembre de 2022- es correcto, imposibilitando la lesión neurológica (“posibilidad de que ocurra una lesión neurológica intraoperatoria es prácticamente nula”) y que la colocación de los tornillos es adecuada, lo que se constata en los controles posoperatorios al no aparecer problemas neurológicos. Respecto a la infección, afirma que su detección y tratamiento fueron adecuados, “no existiendo más referencias en la historia clínica aportada al respecto (...), ni en las consultas ni en las pruebas de imagen”, razonando que la paciente se realizó un RM de columna dorsal el día 19 de julio de 2024 “en la que no se refleja ningún dato compatible con infección”. Finalmente, destaca que la reclamante “tiene un empeoramiento clínico el 25 de agosto de 2024, tras el inicio de tratamiento y seguimiento” en el ámbito privado, “como se describe en el informe del 27 de agosto de 2024” del Servicio de Urgencias del Hospital, “hasta ese momento la paciente se encontraba sin medicación” y que el 10 de diciembre de 2024 continúa

pendiente de intervención, habiendo abandonado voluntariamente el tratamiento ofrecido por el Sespa.

5. Mediante oficio de 29 de enero de 2026, se comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando, al efecto, una copia del expediente.

6. El día 1 de abril de 2026, la Instructora suscribe una propuesta de resolución en sentido desestimatorio, concluyendo que “la asistencia sanitaria ha sido acorde a la *lex artis ad hoc*, no se ha objetivado inobservancia ni pérdida del deber de cuidado por parte de los facultativos del Sespa quienes pusieron todos los medios diagnósticos y terapéuticos a disposición de la paciente que voluntariamente decidió abandonar el seguimiento y tratamiento” en el Hospital

.....

Destaca que la paciente fue informada antes de la cirugía sobre las complicaciones de la intervención, incluyéndose entre las típicas la pseudoartrosis, la recidiva de la enfermedad, la rotura del material implantado y la persistencia del dolor residual, entre otros, habiendo sido adecuada la indicación del tratamiento quirúrgico. Explica que el control durante la intervención fue correcto, al igual que la técnica quirúrgica y que el control posterior, en que la paciente conservaba la fuerza y la sensibilidad, sin clínica neurológica. Respecto a la infección posoperatoria reclamada, afirma que “la paciente tuvo un cuadro de infección superficial de la herida, por el que acudió a urgencias el 11-02-2023”, siendo tratada y derivada a seguimiento en consultas externas, tras lo cual, las pruebas de imagen no reflejan ningún dato compatible con infección, concluyendo que “la infección posoperatoria no constituye en este caso daño antijurídico alguno, es la materialización de un riesgo descrito en el consentimiento informado suscrito por la paciente en tiempo y forma”.

Añade que “la paciente acudió a revisión el 05-05-2024 refiriendo clínica de dolor”, por lo que se solicitó un tac “para valorar la fusión vertebral y

planificación de la potencial intervención quirúrgica para extracción del material de osteosíntesis”. Dicho tac fue realizado el 31-05-2024, “objetivando la fusión de la artrodesis. A partir de este momento, la paciente acude para seguimiento y tratamiento a distintos centros en el ámbito de la sanidad privada”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de mayo de 2026, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

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

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En lo referente al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) dispone que el derecho a reclamar “prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el procedimiento ahora examinado, no consta en el expediente trasladado a este órgano la fecha de presentación de la reclamación. Sí figura que el día 18 de junio de 2025 la Gerencia del Área Sanitaria redacta el escrito que acompaña su remisión al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -que se produce al día siguiente-, por lo que cabe presumir que se presenta en fechas cercanas a esta y no antes del día 22 de mayo, día en que la interesada firma el escrito. Dicha reclamación trae su causa en la asistencia sanitaria que le es dispensada en el ámbito público, particularmente la intervención quirúrgica realizada el día 15 de diciembre de 2022 (ampliación de artrodesis previa) y que incluye la valoración en la consulta del 31 de mayo de 2024 de la necesidad de someterse a una nueva operación. En el momento de presentar la reclamación, la reclamante no ha finalizado su tratamiento, estando a la espera de una intervención en el ámbito privado, por lo que, dado que no ha alcanzado la curación ni la consolidación de las secuelas, debemos apreciar que lo ha hecho dentro del plazo fijado por la norma.

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.

Por último, se aprecia que, en el momento de emitir el presente dictamen, se ha rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que una paciente reprocha del servicio público de salud una mala praxis en la práctica del tratamiento quirúrgico al que se sometió para abordar la escoliosis idiopática del adolescente que sufre, lo que deduce de la aparición de una infección posquirúrgica y de la posición de algunos de los tornillos implantados.

Queda acreditada documentalmente la malposición de algunas de las piezas implantadas el 15 de diciembre de 2022 -en lo que era una ampliación de artrodesis previa, realizada en el año 2013- y el abordaje de una infección en la zona de la herida quirúrgica. Además, la reclamante ha justificado ciertos desembolsos para realizar pruebas de imagen y ser atendida en consultas privadas y reclama la cantidad que le fue señalada mediante presupuesto para el pago de una intervención quirúrgica en la sanidad privada que estaba señalada en el momento de presentar la reclamación y cuya práctica ulterior admite el Servicio de Traumatología del hospital público, al informar que “en el último estudio radiográfico al que tenemos acceso con fecha 01-07-2025 se constata que la paciente fue intervenida nuevamente en otro centro”.

Al margen de la necesaria concreción y acreditación que, en su caso, deba formularse de los daños efectivamente sufridos, debemos reparar en que la solicitud comprende, al menos en parte, el reintegro de ciertos gastos desembolsados y de otros pendientes de abonar en el momento de formular la reclamación -presuntamente satisfechos en el momento de emitirse este dictamen-, por la asistencia recibida en un centro privado. Para abordar tal cuestión, es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Respecto a la primera, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, determina, en su artículo 4.3, las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos sanitarios ocasionados “fuera del Sistema Nacional de Salud”, disponiendo que solo resulta procedente en “casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital” y “una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquel y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción”. Dicho procedimiento no está sometido al dictamen de este Consejo.

Ahora bien, sucede que, en este caso, la afectada califica expresamente su escrito como reclamación de responsabilidad patrimonial y anuda la reparación del daño a la asistencia del servicio público, que reputa deficiente por los motivos que expone, ante lo cual, la Administración ha tramitado el procedimiento de responsabilidad patrimonial por los gastos ocasionados en la sanidad privada, sin que la reclamante haya formulado objeción alguna, siendo evidente, por otra parte, que la asistencia privada no se ha producido en el contexto de una amenaza vital urgente que no pudiera ser resuelta por la sanidad pública. Por tanto, nada obsta al planteamiento de una reclamación de responsabilidad patrimonial comprensiva del importe de los gastos sanitarios en los que haya incurrido a consecuencia de esa actuación, si bien, dicha

responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole. Consecuentemente, habrá que analizar, además de su efectividad, si nos hallamos ante un daño antijurídico y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tenga el deber jurídico de soportar.

Como ha señalado este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todos, Dictamen Núm. 12/2025), 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 paciente 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 concretos.

Por tanto, para poder apreciar si el daño alegado por la 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 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- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 79/2025) 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.

En el caso analizado, nos encontramos con una paciente que sufre escoliosis idiopática del adolescente y que había sido intervenida en el año 2013, sometiéndose a una artrodesis posterior instrumentada con tornillos pediculares.

En la documental incorporada al expediente, figura que en junio y julio de 2022 se realizan pruebas de imagen diagnósticas relacionadas con la dolencia de la reclamante y que el 24 de octubre de ese año acude al Servicio de Urgencias hospitalarias “porque hace 48 horas mientras jugaba al pádel, notó tirón muscular en región lumbar derecha, desde entonces dolor progresivo y limitación funcional”, siendo diagnosticada de dorsolumbalgia. Es valorada en la consulta del Servicio de Traumatología el 6 de diciembre por sintomatología dolorosa y cierta limitación funcional, objetivándose una escoliosis dorsolumbar severa. Se informa de que, en este tipo de casos, dado que “la columna continúa siendo móvil y sigue su proceso natural”, la deformidad en los niveles no fusionados va a progresar, siendo esperable un aumento en la desviación de la columna pasados unos años. El día 15 de ese mismo mes es intervenida, por dolor en relación con el aumento de la desviación de la columna en el nivel superior, para practicarle una ampliación de la artrodesis previa: “se implanta una nueva instrumentación y se recambian diversos tornillos roscados en la zona ya operada por otros con un diámetro mayor con el objetivo de darle una mayor estabilidad al sistema”.

El reproche formulado por la reclamante se refiere a una supuesta mala técnica quirúrgica y al mal seguimiento, determinante de una infección.

En cuanto a la infección posquirúrgica -riesgo típico contemplado en el documento de consentimiento informado firmado por la interesada-, se presenta en febrero de 2023, afirmando la reclamante que acude a la consulta el día 23 “a raíz de infección en la herida tras la retirada de las grapas, infección que tras pruebas médicas realizadas con posterioridad, reflejan que a día de hoy” continúa con dicha infección en la espalda, por no haber “limpiado bien la herida cuando se tuvo conocimiento de la infección”. Sin embargo, la nutrida documentación incorporada a este procedimiento permite negar tales afirmaciones, dado que las pruebas que permitirían la detección de cualquier signo infeccioso han ido demostrando que aquella fue adecuada y exitosamente abordada.

Respecto a la objeción de mala técnica quirúrgica, la interesada afirma que “es evidente el nexo causal entre la realización de la operación realizada en (...) 2022 (...) y el tener que volver a operar(se) de la columna, ya que tras los informes médicos realizados en distintos centros médicos, coinciden en la mal posición inicial de los tornillos en la columna desde la operación del 2022, que son la causa inequívoca” de sus dolores y padecimientos, afirmando que el doctor del Servicio que la atendió, lejos de mejorar su situación anterior a las operaciones, se encuentra “mucho peor y con más dolores que antes de la intervención del 2022”. Sin embargo, tales afirmaciones se sustentan únicamente en su apreciación subjetiva de lo que no es sino la evolución de su enfermedad. A pesar de aportar distintos informes emitidos por los médicos que le hacen el seguimiento en la sanidad privada, ninguno de ellos corrobora su interpretación de los hechos. Los informes presentados, muy especialmente el aportado por el Servicio interviniente, aclaran -de manera pormenorizada- el curso esperable de la dolencia, que se revela como la verdadera causa inequívoca de los dolores y padecimientos de la paciente, provocados, en suma, por el progresivo aumento de la desviación de la columna. En la intervención de 2022, fue necesario sustituir algunas piezas previamente colocadas, ajustando

su tamaño en atención al desarrollo evidenciado y para dar mayor estabilidad al sistema, habiendo quedado acreditado que tanto la indicación quirúrgica como la técnica empleada fueron correctas, justificándose que, después de la intervención, no se han evidenciado radiculopatías ni alteraciones neurológicas; ello encaja con el control minucioso que se llevó a cabo durante la operación a través de los medios que indican las guías clínicas.

El informe del Servicio aclara que la posición en que fue colocado algún tornillo ("parece mal posicionado pero es el único modo de implantarlo en la vértebra, lo que determina su posición definitiva es si provoca daño neurológico", descartado) es debida al estado de las vértebras ("muy deformadas anatómicamente de manera congénita con los ejes alterados en las tres dimensiones del espacio"), sin que, por tanto, la referencia a la malposición de algunas piezas evidencie un error en la técnica, sino una posición que no es la ideal y que es consecuencia de la propia característica de la patología abordada, señalándose que, "a pesar de la posición subóptima (...) de los tornillos, no se presenta daño neurológico que requiera una nueva intervención por este motivo./ Las posibles alteraciones radiculares que se señalan en los informes afectarían a las raíces de los niveles más inferiores de la columna que no han sido tocados en ninguna de las cirugías practicadas./ El sistema de fijación global implantado no presenta movilidad secundaria con lo que una afectación neurológica por este motivo tras la cirugía y más pasados ya años es altamente improbable".

Consta que el 5 de mayo de 2024 se detecta dolor lumbar "en probable relación con tornillo que protuye", por lo que "se solicita TC para valorar consolidación y extracción de material", que se realiza el 31 de mayo, mostrando "ligera desviación de los tornillos", y queda suficientemente acreditado que, a pesar de la posición subóptima, no hay daño neurológico, afirmando la reclamante que, en la consulta, se le ofrece la opción de una nueva intervención quirúrgica, tras lo que abandona el servicio público de salud, al que acude a través del Servicio de Urgencias por dolor lumbar el 27 de

agosto, donde comunica que está pendiente de ser intervenida en la sanidad privada.

En cuanto a los gastos médicos en que incurrió la paciente al acudir a la sanidad privada, coincidimos con el perito de la aseguradora del Sespa en que derivan de su libre decisión al optar por recurrir a la medicina privada, en lugar de solicitar, si así lo deseaba, una segunda opinión en la sanidad pública, ante la persistencia de ciertos síntomas, haciendo uso del derecho reconocido en el artículo 52 de la Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, en consonancia con lo previsto en el artículo 4 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sin que se haya acreditado en modo alguna una praxis asistencial deficiente susceptible de generar una pérdida de confianza en el sistema merecedora del reintegro de los gastos en los términos señalados, entre otros, en nuestro Dictamen Núm. 275/2021.

En suma, no se ha acreditado por la reclamante que haya existido ninguna infracción de la *lex artis* en el proceso asistencial. Frente a ello, los informes médicos incorporados al expediente en el curso de la instrucción acreditan que se pusieron a disposición de la paciente los medios y técnicas disponibles. A la vista del rigor de dichos informes, emitidos por la Administración y su aseguradora, a los que la interesada no da respuesta alguna en el trámite de audiencia, no puede más que entenderse que el único reproche que la interesada puede formular es el referido a la insatisfacción a la vista del resultado, desconociendo que la medicina no es una ciencia que pueda garantizar el resultado deseado por la paciente, pues, en suma, el padecimiento que aquí se describe es derivado de la patología que aquella sufre y no de la continua y adecuada atención médica que le ha dispensado el servicio público de salud a lo largo de varios años.

Así, nos encontramos con un caso en el que la paciente ha visto materializarse los riesgos típicos de la dolencia para la que estaba indicado el tratamiento prescrito, entre los que se encuentra la progresión de la

enfermedad sobre el estado de sus vértebras, sin que se objetive ninguna infracción de la *lex artis* médica.

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.-