

Expediente Núm. 176/2017
Dictamen Núm. 221/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General Adjunto:
Mier González, Manuel Eduardo

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 7 de septiembre de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de mayo de 2017 -registrada de entrada el día 16 de ese 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 seguimiento inadecuado de una paciente de alto riesgo mediante mamografías.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 20 de noviembre de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios ocasionados por la defectuosa asistencia sanitaria recibida.

Expone que, a pesar de tener “antecedentes familiares de cáncer” (madre con cáncer de ovario, dos hermanas con cáncer de mama y dos tías maternas con cáncer de mama también), “tuvo una interrupción del

seguimiento entre el 30 de noviembre de 2012, fecha en que se realiza la última mamografía, informada como normal, y el 24 de octubre de 2014, cuando se le practica una resonancia magnética". Señala que "esta falta de pruebas médicas para prevenir su cáncer de mama durante casi dos años supuso un retraso diagnóstico, constitutivo a nuestro juicio de una verdadera mala praxis".

Entiende que teniendo en cuenta sus antecedentes familiares debió ser incluida "en el grupo de alto riesgo de padecer un cáncer heredo-familiar", realizándosele mamografías "con una periodicidad máxima de un año, junto a otros controles médicos semestrales", en vez de efectuársele de forma "bianual", y considera que "de haber sido estudiada de forma precoz su cáncer de mama habría sido diagnosticado en un estadio más temprano, con una mejora notable de su pronóstico".

Concluye que "no se realizaron las debidas pruebas complementarias y que el diagnóstico tardío ha supuesto una pérdida de oportunidad en el debido tratamiento".

Apoya sus imputaciones en la "Guía para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en el Principado de Asturias", y señala que de acuerdo con "el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (...) la mayoría de los cánceres de mama son de origen esporádico, pero un 5-10 % de los cánceres de mama son hereditarios y se deben a una mutación de los genes BRCA1, BRCA2 y otros (entre ellos BRCA3), que se localizan en el cromosoma 17. Este síndrome se relaciona con el cáncer de mama, cáncer de ovario (supone el 7 % de los cánceres de ovario que aparecen en mujeres < 50 años) y cáncer de colon./ Según el citado protocolo podemos considerar que una paciente presenta un cáncer de mama heredo-familiar si:/ 3 o más familiares de primer grado están afectados de cáncer de mama y/o ovario./ Dos casos entre familiares de primero-segundo grado./ Dos casos de cáncer de ovario./ Dos casos de cáncer de mama < 50 años./ Un caso de cáncer de mama y otro de ovario (madre, hermanas y tías maternas)./ Un caso de cáncer de mama en un varón y otro de mama/ovario./ Un caso de cáncer de mama bilateral y otro cáncer de mama < 50 años./ Cáncer de mama < 30 años./

Cáncer de mama y ovario en una misma paciente./ Cáncer de mama bilateral antes de los 40 años./ Si (...) presenta un riesgo elevado de presentar un cáncer de mama-familiar ha de ser estudiada en la Unidad de Riesgo Oncológico con objeto de revisar estrechamente a la paciente y diagnosticar lo más precozmente posible la aparición de un cáncer de mama u ovario. Esta vigilancia, tal y como se describe en el citado protocolo, incluye los siguientes estudios:/ Autoexploración mamaria./ Control clínico cada 6 meses./ Mamografía + ecografía mamaria anual con inicio a los 25-30 años o 10 años antes del cáncer más precoz; no se recomienda antes de los 25 años./ Ecografía transvaginal cada 6 meses con inicio a los 35 años./ Por otra parte, la consulta médica presenta varias fases:/ Anamnesis: conversación que se mantiene con la paciente sobre el motivo de la consulta y en la que la investigación de los antecedentes familiares y personales (sobre todo los que se refieren a la esfera ginecológica) ocupan un lugar preferente./ Exploración: de acuerdo con los datos obtenidos de la anamnesis./ Pruebas complementarias (que complementan, pero no sustituyen a la anamnesis y exploración): si se precisan, de acuerdo con los datos obtenidos en las dos fases anteriores./ En definitiva, la investigación de los antecedentes familiares es muy importante en toda consulta médica, y es obligación de los médicos profundizar suficientemente en esta investigación a fin de descartar un posible cáncer o alcanzar un diagnóstico precoz”.

En cuanto a la valoración del daño, indica que se encuentra de baja en el momento de presentar la reclamación, “desconociendo el grado de incapacidad”, por lo que deja para un momento posterior “la determinación pormenorizada de los factores que deben integrar” la indemnización. Añade que “existen además otros perjuicios a valorar, como son los perjuicios estéticos, psicológicos, etc.”, y precisa que el Instituto Nacional de la Seguridad Social ha iniciado un expediente de incapacidad permanente. Por ello, solicita una indemnización “a tanto alzado” de ciento setenta mil euros (170.000 €), “más los intereses legales que procedan”.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Hojas de episodios del Centro de Salud, en las que se anota, el 18-05-2009, “tiene dos hermanas

con cáncer de mama en edad próxima a 50 años. Le propongo derivar a Unidad Familiar de Cáncer pero se lo pensará"; el 28-07-2009, "derivo al (Hospital `X´) a Unidad de Cáncer Familiar"; el 22-11-2010, "mamografía: normal (...). Revisión en 24 meses"; el 11-03-2011, "me comenta que a su hermana le han realizado el estudio genético por el cáncer de mama y no está asociado a (alteración) genética"; el 19-11-2012, "mamografía: normal (...). Revisión en 24 meses"; el 5-04-2013, "pequeño bultoma entre la grasa de axila, pequeño, elástico, móvil que no impresiona de adenopatía. Plan: vigilar y revisión en unos 10 días". b) Informe clínico de alta, del Hospital "Y", de 17 de diciembre de 2014, en el que figura, entre los antecedentes de la paciente, "fecha primera consulta: 30-10-2014./ Motivo de la consulta: revisión. Enfermedad actual: realizada mamografía de control, por antecedentes, refiere nódulo de unos 3 meses de evolución. Antecedentes familiares C. de mama: hermana, tía, madre./ Madre ovario, 3 hermanas ca. mama y 2 tías maternas". Impresión diagnóstica: "ca. mama izquierda". Ingresa en el Servicio el 26 de noviembre de 2014 y al día siguiente -27- se le realiza "mastectomía y vaciamiento axilar". Los resultados de Anatomía Patológica revelan un "carcinoma ductal invasivo". Se decide tratamiento con quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. Recibe el alta médica el 1 de diciembre de 2014. c) Informe clínico del Servicio de Oncología del Hospital "Y", de 29 de diciembre de 2014. d) Resolución de la Dirección Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 3 de noviembre de 2015, por la que se acuerda iniciar expediente de incapacidad permanente. e) "Guía para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en el Principado de Asturias" en la que se expone, en relación con los "factores de riesgo", que "aunque la causa de cáncer de mama actualmente es desconocida han sido identificados numerosos factores de riesgo de padecerlo, siendo el envejecimiento (edad superior a 50 años) el factor de riesgo más importante./ La historia familiar es también un factor clave, indicando un importante papel de los factores hereditarios en el desarrollo de la enfermedad. El médico de familia debe registrar la historia familiar de cáncer de las personas a su cargo, recogiendo los antecedentes de cáncer de mama y/u ovario en los familiares de primer y segundo grado de

ambas ramas de la familia, así como la edad de aparición de dichos cánceres, para identificar el riesgo familiar y definir el seguimiento que cada mujer precisa con vistas al diagnóstico precoz". Se indica en ella que, atendiendo a la historia familiar, las mujeres pueden clasificarse en tres grupos de riesgo: estándar, moderado y alto. En el grupo de "riesgo alto" se "incluye a las mujeres cuya historia familiar sugiere una posibilidad de uno sobre tres de pertenecer a una familia con alteraciones genéticas. Son mujeres que tienen: tres o más familiares de primero o segundo grado del mismo lado de la familia con cáncer de mama u ovario, o bien 2 o más familiares de primero o segundo grado de la misma rama de la familia con cáncer de mama u ovario si además presentan alguna de las siguientes características:/ Haber sido diagnosticadas antes de los 40 años./ Tener cáncer de mama bilateral./ Tener cáncer de mama y ovario en la misma rama familiar./ Que uno de los familiares sea un varón con cáncer de mama./ Que la mujer sea de raza judía ashkenazi./ Menos del 1 % de mujeres entran en esta categoría y no todas tienen que desarrollar cáncer. El riesgo está entre el 25 y el 50 %./ Este grupo de mujeres (que en Asturias pueden ser unas 100-200 mujeres) deben ser identificadas y enviadas para seguimiento a las Unidades de Patología Mamaria./ Las mujeres incluidas en este grupo de alto riesgo son las que pueden ser enviadas para estudio genético, si así lo desean. Si se detectan reordenamientos BRCA el riesgo de padecer un cáncer de mama puede ser hasta del 80 %".

2. Mediante oficio de 26 de noviembre de 2015, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

3. El día 3 de diciembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica de Atención Primaria y del Hospital "Y" relativa al proceso de referencia, así como un informe del Médico de Familia de la interesada sobre el concreto contenido de la reclamación.

El 12 de enero de 2016, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe facilitado por su Médico de Familia y la historia clínica de la perjudicada, tanto de la obrante en Atención Primaria como en el Hospital "X".

En el informe emitido por el Médico de Familia de la reclamante el 5 enero de 2016 se indica que conoce a la paciente desde hace 9 años, al pertenecer a su cupo del centro de salud, y que esta le "informó en las consultas médicas a lo largo de estos años de sus antecedentes familiares de riesgo para el cáncer de mama; en concreto, la patología de sus tías, madre y dos hermanas (y posteriormente una tercera hermana)". Señala que en el año 2009 le informó de la existencia de la Unidad de Cáncer Familiar en el Hospital "X" "y de la posibilidad de hacer estudios y detectar alteraciones genéticas familiares", precisando que, aunque "inicialmente la paciente no deseó hacerlo (...), unos meses después aceptó, por lo que la derivé a estudio".

En cuanto al resultado de este estudio, manifiesta que "no me llegó ningún informe", sino que "un tiempo después la paciente me informó, de palabra, que habían realizado el estudio a las hermanas enfermas y no se detectó ninguna alteración", y reseña que recibió dicho informe "en noviembre de 2015".

Por lo que se refiere al seguimiento de la interesada, comenta que "realizaba las mamografías bianuales" en el Hospital "Z" "cuando en noviembre del año 2013 (...) consultó sobre el tema de las mamografías, y que la última la había realizado un año antes, yo la solicité especificando en el volante los importantes factores de riesgo para intentar que se hiciera lo más rápido posible". Aclara que no solicitó la mamografía "urgente porque no tenemos esa opción", y sobre la posibilidad de pedirla "preferente considero que las mamografías de *screening* no deberían solicitarse de esta forma (ya que la forma preferente la usamos para pacientes que acuden con un nódulo o clínica dudosa o sugerente de que sea canceroso, e incluso siendo preferentes la demora actual es entre 4-8 semanas)", y destaca que "la lista de espera para mamografías creció de forma muy considerable en los últimos años, ya que antes de la petición de (noviembre) de 2013 la demora, incluso a ritmo normal,

solía ser de 2-3 meses”. Explica que pensó “que sería más rápido solicitarla yo y cuando llegara el resultado derivarla a seguimiento a la Unidad de Mama, pero la realización de la prueba se prolongó muchos meses debido a las listas de espera acumuladas en esos momentos”.

Finalmente, sobre la anotación del 5 de abril de 2013, indica que la paciente presentaba “un pequeño bulto milimétrico superficial en zona de piel y grasa, desplazable, móvil, que tras la exploración me impresionó de inflamación de las glándulas de la axila y no de adenopatía, e indiqué a la paciente que si no desaparecía en unos 7-10 días acudiera a la consulta de revisión”. Aclara que “nunca volvió a consultar por dicho motivo”, y añade que “tenía una mamografía normal realizada en noviembre de 2012”.

La historia clínica de Atención Primaria incluye, entre otros, los siguientes documentos: a) Listado de episodios. Además de los reproducidos en el documento aportado por la reclamante, se hace constar uno de “estado de ansiedad”, anotándose el 4 de diciembre de 2015 “informe de Salud Mental (...). Es derivada a Salud Mental de Enlace del Hospital `Y` por la Unidad de Mama en noviembre de 2014 por ansiedad./ La paciente presenta gran angustia por no habersele detectado previamente su patología mamaria a pesar de los antecedentes familiares./ Cuadro de ansiedad generalizada, con síntomas vegetativos, dificultades de concentración con lagunas de memoria, inquietud. Insomnio continuado e hiperfagia./ Aprensión ante posible agravamiento de su enfermedad o acontecimientos negativos, incapacidad para relajarse. Sensación de extrañeza. Continuo estado de alerta, especialmente respecto a una lesión en el brazo izquierdo y posible linfedema./ Evolución y comentarios: evolución tórpida, después de un año de finalizados los tratamientos, no aceptación de la enfermedad. Sensación de impotencia e incapacidad. La hiperfagia le ha provocado importante aumento de peso y los síntomas de ansiedad, aprensión e hiperactivación vegetativa continúan presentes./ Persiste cierta desconexión con la realidad, extrañeza./ Diagnóstico principal: trastorno de ansiedad generalizada”. b) Solicitud de interconsulta al Servicio de Radiología, de 22 de noviembre de 2013, en la que se refleja que se trata de una paciente de 54 años de edad, con una tía (hermana de la madre) y tres hermanas con cáncer

de mama, y su madre con cáncer de útero con 60 años (muerte). Indica que deriva a mamografía "en paciente de elevadísimo riesgo familiar", señalando que la última se le realizó "hace 12 meses". En el apartado relativo a prioridad de la consulta figura "normal". c) Informe clínico de Consulta de Cáncer Familiar, de 6 noviembre de 2015, en el que se recoge, entre los antecedentes familiares de la enferma, "dos hermanas cáncer de mama con menos de 50 años. Madre cáncer ginecológico. Dos tías cáncer de mama, una de ellas bilateral". El resultado del estudio revela "un cambio en gen BRCA1 (...) considerado como una variante sin clasificar de significado clínico incierto. Asimismo, estudios de detección de grandes deleciones mediante la técnica de MLPA no detectaron (...) alteración en ninguno de los dos genes". La especialista que suscribe el informe comenta que "aunque no se han detectado alteraciones claramente patogénicas en los genes BRCA1 y 2 en la hermana de (la paciente) no es posible descartar una potencial predisposición hereditaria al cáncer debida a otros genes que no conocemos en la actualidad, o a la variante sin clasificar en el gen BRCA1. Por este motivo, según la literatura científica del momento (...), debe considerarse una mujer con un riesgo de desarrollar cáncer de mama superior al poblacional (...). Puesto que ahora (...) ha tenido cáncer de mama, valoraremos proseguir los estudios en esta familia. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, recomiendo seguimiento estrecho para detección precoz de un segundo cáncer de mama".

4. Mediante escrito notificado a la interesada el 18 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio -1 de diciembre de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El día 14 de marzo de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del expediente a la correduría de seguros.

6. Con fecha 4 de octubre de 2016, emite informe un gabinete jurídico privado a instancias de la compañía aseguradora. En él se considera que la cuestión a determinar es "si existe retraso en seguir realizando pruebas de cáncer de mama bianuales (...) en una paciente a quien (...) no se ha detectado ninguna alteración patogénica que predisponga a desarrollar cáncer", indicando que en caso afirmativo "procederá analizar si la paciente ha perdido oportunidades de supervivencia".

7. El 14 de octubre de 2016, se extiende diligencia en la que se hace constar que se entrega una copia del expediente a un procurador que actúa en representación de la interesada. Obra incorporado al mismo el poder para pleitos otorgado por esta ante notario el 13 de octubre de 2016.

8. Con la misma fecha, emite informe médico-pericial un especialista en Valoración del Daño Corporal también a instancias de la compañía aseguradora. En él señala, en relación con la pérdida de oportunidad, que la ONG Breastcancer.org, citando a la Sociedad Americana contra el Cáncer, determina una tasa de supervivencia a 5 años para mujeres con un cáncer de mama en estadio 0 del 93 %, en estadio I del 88 %, en estadio IIA del 81 % y en estadio IIB del 74 %, indicando que "la Asociación Española Contra el Cáncer y la Sociedad Española de Oncología Médica publican las supervivencias globales del cáncer, no por estadios. Así pues, desconocemos cuál hubiera sido el pronóstico de su enfermedad en caso de un pronóstico (sic) anterior, pero el mayor empeoramiento de supervivencia posible a los 5 años (cifra aceptada internacionalmente para medir la mortalidad del cáncer) hubiera sido del 19 %".

En cuanto a las secuelas, recurre al Real Decreto Legislativo 8/2004, que recoge, para una mastectomía unilateral, una puntuación entre 5-15 y en el caso de ser bilateral entre 15-25, por lo que, teniendo en cuenta que la perjudicada requirió mastectomía radical, y "dado que en cualquier caso se hubiera requerido una extirpación parcial, el equivalente a 5 puntos hubiera

sido el mínimo en el caso de detección más precoz. Por lo tanto, el empeoramiento máximo hubiera sido de 10 puntos./ Desconocemos el estado actual en lo referente al perjuicio estético”.

9. Figuran asimismo en el expediente un “dictamen para valoración de daños corporales” y un “dictamen estimatorio para valoración de daños corporales sin daño final conocido” emitidos por la correduría de seguros. En el primero se expone que “se trata de valorar el daño en relación con un retraso diagnóstico de cáncer de mama que se estima en aproximadamente 8 meses, si consideramos que en revisión de 22-11-13 debería haberse solicitado mamografía preferente, con una demora máxima de 3 meses en lugar de los 11 meses que tardó en realizarse./ El diagnóstico definitivo es el de carcinoma ductal infiltrante grado III (alto grado), pT2 pN1 M0 (estadio IIB) multicéntrico./ Caso de no haberse producido el retraso diagnóstico cabría considerar que la enfermedad se habría diagnosticado en un estadio I. Teniendo en cuenta esto, el daño producido podría establecerse del siguiente modo:/ Mayor agresividad del tratamiento: la tendencia en estadios precoces (I y II) es a la realización de un tratamiento conservador (...). En el caso que nos ocupa, y en el momento del diagnóstico, no había opción de tratamiento conservador, ya que se trata de un tumor multicéntrico que aconseja la realización de mastectomía (...). Es por tanto esta posibilidad de tratamiento conservador frente a radical lo que nos lleva a considerar la mastectomía como un daño derivado del retraso diagnóstico. No obstante, en su valoración no debemos ir a los límites superiores, ya que existen otros factores, como edad y multicentricidad, que podrían haber aconsejado la mastectomía incluso en un estadio I./ Por otra parte, en cuanto a la limitación de la esperanza de vida a 5 años, el pronóstico de la enfermedad en estadio I sería del 88 % y en un estadio IIB del 74 %, lo que supone una reducción de la esperanza de vida del 14 % que podría estimarse como un daño moral adicional (6.000)” €.

Finalmente, en cuanto al perjuicio estético, indica que incluso en la cirugía conservadora “puede existir un daño estético dependiendo de la cantidad de tejido mamario a extirpar, lo cual puede constituir un factor más a

favor de la mastectomía radical. Por consiguiente, este daño inherente incluso en cirugía conservadora debe retraerse de la valoración. Por ello, consideramos un perjuicio estético moderado de 7 puntos”.

Por su parte, el “dictamen estimatorio para valoración de daños corporales sin daño final conocido”, de 13 de diciembre de 2016, establece una indemnización que ascendería a 21.550,99 €, desglosados en los siguientes conceptos: mastectomía unilateral (10 puntos), 8.459,00 €; perjuicio estético (7 puntos), 5.678,26 €, aplicando a todo ello un factor de corrección del 10 % (1.473,73 €), y a lo que se suman 6.000 € en concepto de daño moral por pérdida de esperanza de vida.

10. El día 20 de enero de 2017, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del expediente al haber interpuesto la interesada recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación, a lo que se da cumplimiento el 30 de enero de 2017.

11. Mediante oficio notificado a la perjudicada el 23 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

12. El 6 de febrero de 2017, se persona en las dependencias administrativas el procurador de la reclamante y obtiene una copia, en soporte digital, de los documentos obrantes en aquel.

13. Mediante escrito de 14 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la correduría de seguros que ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin que se hayan recibido.

14. Con fecha 20 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio. En ella razona que “en el presente caso ha existido una pérdida de oportunidad por la demora excesiva en la realización de la mamografía”, proponiendo indemnizar a la reclamante en la cantidad de 21.550,99 €

15. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de mayo de 2017, 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 Sanidad, 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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio

de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de la interesada registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 20 de noviembre de 2015, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 20 de noviembre de 2015, desprendiéndose de los diferentes informes médicos obrantes en el expediente que la perjudicada fue intervenida quirúrgicamente (mastectomía y vaciamiento axilar, en relación con el carcinoma ductal que le fue diagnosticado) el día 27 de noviembre de 2014, por

lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

Ahora bien, observamos una indebida paralización del procedimiento entre la recepción por el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la documentación solicitada a la Gerencia del Área Sanitaria V -enero de 2016- y la remisión del expediente a la correduría de seguros -marzo de 2016-, lo que resulta claramente contrario al principio de eficacia administrativa.

Asimismo, apreciamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento

judicial. 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.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la

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

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que la interesada atribuye al retraso diagnóstico en la detección de un cáncer de mama.

Consta en el expediente que en noviembre de 2013 la perjudicada acude a su médico de Atención Primaria a consultar sobre el tema de las mamografías debido a sus antecedentes familiares en relación con esta enfermedad, no realizándosele dicha prueba hasta casi un año después, concretamente, en octubre de 2014, siendo diagnosticada en ese momento de cáncer de mama izquierda. Al mes siguiente fue intervenida en el Hospital "Y", donde se le practica una "mastectomía izquierda con vaciamiento axilar". Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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, sin más, 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*.

Por tanto, para apreciar que 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 del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En su solicitud inicial la interesada reprocha al servicio público “una interrupción del seguimiento entre el 30 de noviembre de 2012, fecha en que se realiza la última mamografía, informada como normal, y el 21 de octubre de 2014, cuando se le practica una resonancia magnética”. Entiende que la ausencia de pruebas durante ese tiempo le supuso “un retraso en el diagnóstico” del cáncer de mama que padecía, con la consiguiente “pérdida de oportunidad en el debido tratamiento”.

De los datos obrantes en el expediente se desprende que la interesada venía realizando mamografías de control con carácter bianual en el Hospital “Z”, la última de ellas el día 19 de noviembre de 2012. Con fecha 5 de abril de 2013 acude a su médico de Atención Primaria refiriendo un “pequeño bultoma entre la grasa de axila”, tratándose a juicio de dicho facultativo de “un pequeño bulto milimétrico superficial en zona de piel y grasa, desplazable, móvil, que tras la exploración me impresionó de inflamación de las glándulas de la axila y no de adenopatía”, por lo que indicó a la paciente que si no desaparecía en unos 7-10 días acudiera a la consulta de revisión, aclarando que aquella nunca volvió a consultar por dicho motivo, y que tenía una mamografía normal realizada en noviembre de 2012, según hace constar en el informe que suscribe el 5 enero de 2016.

La interesada acude de nuevo al centro de salud el 22 de noviembre de 2013 -casi un año después de la última mamografía-, solicitándose desde Atención Primaria una interconsulta al Servicio de Radiología -con prioridad “normal”- para la realización de una mamografía, dado que se trata de una “paciente de elevadísimo riesgo familiar”. Sin embargo, dicha prueba no se practica hasta octubre de 2014. En relación con el transcurso de casi un año en la realización de esta prueba, el médico de familia de la perjudicada explica que, aunque especificó “en el volante los importantes factores de riesgo para intentar que se hiciera lo más rápido posible”, no solicitó la mamografía con carácter urgente “porque no tenemos esa opción”, y sobre la posibilidad de pedirla “preferente” considera que “las mamografías de *screening* no deberían solicitarse de esta forma (ya que la forma preferente la usamos para pacientes que acuden con un nódulo o clínica dudosa o sugerente de que sea canceroso,

e incluso siendo preferentes la demora actual es entre 4-8 semanas)”. Destaca que “la lista de espera para mamografías creció de forma muy considerable en los últimos años, ya que antes de la petición de (noviembre) de 2013 la demora, incluso a ritmo normal, solía ser de 2-3 meses”. Explica que pensó “que sería más rápido solicitarla yo y cuando llegara el resultado derivarla a seguimiento a la Unidad de Mama, pero la realización de la prueba se prolongó muchos meses debido a las listas de espera acumuladas en esos momentos”.

De ello parece desprenderse que el transcurso de once meses entre la solicitud de la prueba y la efectiva realización de la misma se debe a las listas de espera. No obstante, debemos analizar una serie de cuestiones antes de pronunciarnos sobre si en el caso que nos ocupa se ha producido un retraso diagnóstico imputable al servicio público sanitario.

La perjudicada entiende que teniendo en cuenta sus antecedentes familiares debió ser incluida “en el grupo de alto riesgo de padecer un cáncer heredo-familiar”, realizándosele mamografías “con una periodicidad máxima de un año, junto a otros controles médicos semestrales”, en vez de efectuarse de forma “bianual”, lo que habría permitido diagnosticar la enfermedad “en un estadio más temprano, con una mejora notable de su pronóstico”. En apoyo de sus imputaciones alude a la “Guía para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en el Principado de Asturias” y el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Según la referida guía, en el grupo de “riesgo alto” se “incluye a las mujeres cuya historia familiar sugiere una posibilidad de uno sobre tres de pertenecer a una familia con alteraciones genéticas. Son mujeres que tienen: tres o más familiares de primero o segundo grado del mismo lado de la familia con cáncer de mama u ovario, o bien 2 o más familiares de primero o segundo grado de la misma rama de la familia con cáncer de mama u ovario si además presentan alguna de las siguientes características:/ Haber sido diagnosticadas antes de los 40 años./ Tener cáncer de mama bilateral./ Tener cáncer de mama y ovario en la misma rama familiar./ Que uno de los familiares sea un varón con cáncer de mama./ Que la mujer sea de raza judía ashkenazi./ Menos del 1 % de mujeres entran en esta categoría y no todas tienen que desarrollar cáncer. El riesgo está entre el 25 y el 50 %/

Este grupo de mujeres (que en Asturias pueden ser unas 100-200 mujeres) deben ser identificadas y enviadas para seguimiento a las Unidades de Patología Mamaria". En el presente caso tres hermanas de la interesada fueron diagnosticadas de cáncer de mama en edad próxima a los 50 años, dos tías maternas también padecieron esta enfermedad (una de ellas bilateral), y parece ser que su madre fue diagnosticada de cáncer de útero a los 60 años (aunque en algunos informes se indica que padeció cáncer de ovario). Por tanto, la reclamante cumplía los requisitos para su inclusión en el grupo de alto riesgo de padecer un cáncer de mama, lo que de otro lado confirma el estudio genético realizado al revelar "un cambio en gen BRCA1 (...) considerado como una variante sin clasificar de significado clínico incierto". Según la especialista de la Consulta de Cáncer Familiar, "aunque no se han detectado alteraciones claramente patogénicas en los genes BRCA1 y 2 en la hermana de (la paciente) no es posible descartar una potencial predisposición hereditaria al cáncer debida a otros genes que no conocemos en la actualidad, o a la variante sin clasificar en el gen BRCA1. Por este motivo, según la literatura científica del momento (...), debe considerarse una mujer con un riesgo de desarrollar cáncer de mama superior al poblacional".

De otro lado, y a tenor del protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, "si (...) presenta un riesgo elevado de presentar un cáncer de mama-familiar ha de ser estudiada en la Unidad de Riesgo Oncológico con objeto de revisar estrechamente a la paciente y diagnosticar lo más precozmente posible la aparición de un cáncer de mama u ovario. Esta vigilancia (...) incluye los siguientes estudios:/ Autoexploración mamaria./ Control clínico cada 6 meses./ Mamografía + ecografía mamaria anual con inicio a los 25-30 años o 10 años antes del cáncer más precoz, no se recomienda antes de los 25 años./ Ecografía transvaginal cada 6 meses con inicio a los 35 años". Asimismo, dicho protocolo recuerda la importancia de la investigación de los antecedentes familiares en toda consulta médica, atribuyendo a los médicos la obligación de "profundizar suficientemente en esta investigación a fin de descartar un posible cáncer o alcanzar un diagnóstico precoz".

Aplicado lo anterior al asunto examinado, es evidente que la paciente, por sus antecedentes familiares, pertenecía al grupo de personas con un "alto riesgo" de padecer un cáncer de mama, estando indicado en estos supuestos un seguimiento más exhaustivo que incluye la realización de una mamografía con carácter anual. Sin embargo, esta periodicidad no se respetó en el caso de la reclamante.

Al respecto, la Administración sanitaria no justifica por qué una prueba cuya demora "solía ser de 2-3 meses" -según el médico de familia de la paciente- se prolongó durante casi un año, incluso tratándose de una "paciente de elevadísimo riesgo familiar", por mucho que las listas de espera estuvieran "acumuladas". Tampoco explica por qué se indicaba a la perjudicada la práctica de revisiones cada 24 meses a pesar de pertenecer al grupo de pacientes de alto riesgo.

En cualquier caso, este Consejo Consultivo entiende que la interesada ha aportado documentos suficientes en apoyo de sus imputaciones, y que las carencias de la instrucción al no justificar debidamente la dilación en la práctica de una mamografía no pueden perjudicarle. Asimismo, debemos tener en cuenta que el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas propone estimar parcialmente la reclamación al considerar que se ha producido una "demora excesiva en la realización de la mamografía", lo que ha propiciado una "pérdida de oportunidad" para la interesada. En tales circunstancias debemos estimar acreditado un retraso en el diagnóstico del "carcinoma ductal invasivo" que padecía la reclamante, y al mismo ha de asociarse una pérdida de oportunidad terapéutica derivada de la falta de instauración en aquel momento del tratamiento adecuado, lo que supone la concreción de un daño que aquella que no estaba obligada a soportar y que reúne las condiciones de indemnizable, por lo que reclamación de responsabilidad patrimonial debe prosperar.

SÉPTIMA.- Establecida la responsabilidad patrimonial de la Administración en el daño causado, procede valorar la cuantía de la indemnización a la que tiene derecho la interesada.

En los supuestos de pérdida de oportunidad de recibir un tratamiento acorde con la verdadera patología, la jurisprudencia ha venido estableciendo que el daño indemnizable no es el de la lesión, respecto del cual no resulta posible saber a ciencia cierta si hubiera podido evitarse, sino que ha de ser propiamente la pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado.

Sin embargo, a la hora de fijar la cuantía indemnizatoria debemos distinguir entre aquellos supuestos en los que se causa un daño a un paciente en forma de secuelas, ya sean físicas o morales, pero que sobrevive, y aquellos otros en los que el paciente en cuyo tratamiento se ha producido la infracción de la *lex artis* fallece.

En el primer caso, si el daño pudo evitarse en un porcentaje estadísticamente conocido se indemnizará al paciente por haberle privado de la posibilidad de pertenecer al grupo de pacientes que no lo sufre.

La interesada se limita a señalar en su reclamación que “de haber sido estudiada de forma precoz su cáncer de mama habría sido diagnosticado en un estadio más temprano, con una mejora notable de su pronóstico”, y solicita una indemnización “a tanto alzado” de 170.000 €, “más los intereses legales que procedan”.

Ahora bien, se ha incorporado al expediente un informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora por un especialista en Valoración del Daño Corporal en el que se recoge que la Sociedad Americana contra el Cáncer determina una tasa de supervivencia a 5 años para mujeres con un cáncer de mama en estadio 0 del 93 %, en estadio I del 88 %, en estadio IIA del 81 % y en estadio IIB del 74 %, y precisa que “la Asociación Española Contra el Cáncer y la Sociedad Española de Oncología Médica publican las supervivencias globales del cáncer, no por estadios. Así pues, desconocemos cuál hubiera sido el pronóstico de su enfermedad en caso de un pronóstico (*sic*) anterior, pero el mayor empeoramiento de supervivencia posible a los 5 años (cifra aceptada internacionalmente para medir la mortalidad del cáncer) hubiera sido del 19 %”.

Sin embargo, la correduría de seguros aporta una valoración del daño -a nuestro juicio- más precisa, dado que toma como fecha de referencia del retraso diagnóstico el mes de noviembre de 2013, es decir, cuando se solicitó la mamografía desde Atención Primaria. A su vez, en ese momento se cumplía un año desde la última mamografía -noviembre de 2012-, y por tanto era preciso practicar esta prueba a la paciente en esa fecha, teniendo en cuenta el carácter anual de la misma en pacientes de alto riesgo, según hemos expuesto en la consideración sexta. Así, en el "dictamen para valoración de daños corporales" remitido por la correduría de seguros se razona que "si consideramos que en revisión de 22-11-13 debería haberse solicitado mamografía preferente, con una demora máxima de 3 meses en lugar de los 11 meses que tardó en realizarse", ello da como resultado un "retraso diagnóstico de cáncer de mama que se estima en aproximadamente 8 meses". Añade que, dado que en el momento en que se diagnostica la enfermedad el cáncer se encuentra en estadio IIB, "de no haberse producido el retraso diagnóstico cabría considerar que la enfermedad se habría diagnosticado en un estadio I". Teniendo en cuenta esto, determina una "mayor agresividad del tratamiento: la tendencia en estadios precoces (I y II) es a la realización de un tratamiento conservador (...). En el caso que nos ocupa, y en el momento del diagnóstico, no había opción de tratamiento conservador, ya que se trata de un tumor multicéntrico que aconseja la realización de mastectomía (...). Es por tanto esta posibilidad de tratamiento conservador frente a radical lo que nos lleva a considerar la mastectomía como un daño derivado del retraso diagnóstico".

En cuanto a la limitación de la esperanza de vida a 5 años, señala que "el pronóstico de la enfermedad en estadio I sería del 88 % y en un estadio IIB del 74 %, lo que supone una reducción de la esperanza de vida del 14 % que podría estimarse como un daño moral adicional (6.000)" €.

Respecto a las secuelas, el perito que elabora el informe a instancias de la compañía aseguradora recurre al baremo indemnizatorio establecido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre) -vigente en el momento de producirse el daño-, que recoge para una

mastectomía unilateral una puntuación entre 5-15 y en el caso de ser bilateral entre 15-25, por lo que, teniendo en cuenta que la perjudicada requirió mastectomía radical, y “dado que en cualquier caso se hubiera requerido una extirpación parcial, el equivalente a 5 puntos hubiera sido el mínimo en el caso de detección más precoz. Por lo tanto, el empeoramiento máximo hubiera sido de 10 puntos”. Una conclusión similar parece alcanzar la correduría de seguros al explicar que es “esta posibilidad de tratamiento conservador frente a radical lo que nos lleva a considerar la mastectomía como un daño derivado del retraso diagnóstico. No obstante, en su valoración no debemos ir a los límites superiores, ya que existen otros factores, como edad y multicentricidad, que podrían haber aconsejado la mastectomía incluso en un estadio I”.

Finalmente, por lo que se refiere al perjuicio estético, la correduría de seguros informa que incluso en la cirugía conservadora “puede existir un daño estético dependiendo de la cantidad de tejido mamario a extirpar, lo cual puede constituir un factor más a favor de la mastectomía radical. Por consiguiente, este daño inherente incluso en cirugía conservadora debe retraerse de la valoración. Por ello, consideramos un perjuicio estético moderado de 7 puntos”.

El Instructor del procedimiento asume la valoración del daño formulada por la correduría de seguros, según la cual a la interesada le correspondería una indemnización de 21.550,99 €, desglosados en los siguientes conceptos: mastectomía unilateral (10 puntos), 8.459,00 €; perjuicio estético (7 puntos), 5.678,26 €, aplicando a todo ello un factor de corrección del 10 % (1.473,73 €), y a lo que se suman 6.000 € en concepto de daño moral por pérdida de esperanza de vida.

No obstante, creemos necesario efectuar una serie de matizaciones respecto a la indemnización propuesta. En primer lugar, consideramos que la reclamante no ha aportado pruebas que permitan valorar el estado actual del perjuicio estético, por lo que por parte del órgano solicitante deberán realizarse los actos de instrucción necesarios en aras de establecer una valoración adecuada de esta secuela. Una vez determinada, en su caso, la puntuación del perjuicio estético, deberán sumarse a la misma los 10 puntos correspondientes a la mastectomía unilateral, lo que permitirá concretar la puntuación total de las

lesiones permanentes, y en consecuencia la indemnización por este concepto, aplicando la tabla III de la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. A dicha cantidad deberá añadirse un 10 % en concepto de factor de corrección. Finalmente, estimamos que el daño moral por pérdida de esperanza de vida ha quedado acreditado con el informe de Salud Mental que aparece reproducido en las hojas de episodios que se incluyen en la historia clínica de Atención Primaria de la paciente, por lo que asumimos la valoración que por este concepto propone la correduría de seguros.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos anteriormente señalados.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.