

Dictamen Núm. 236/2025

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 4 de diciembre de 2025, 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 20 de noviembre 2025 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su madre y abuela, respectivamente, que achacan al retraso diagnóstico de un carcinoma pulmonar por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 30 de abril de 2025 se recibe en el Registro Electrónico General una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias, en la que los perjudicados solicitan el resarcimiento de los daños derivados del fallecimiento de su madre y abuela, respectivamente, que atribuyen al diagnóstico tardío del cáncer pulmonar que sufría.

Según refieren, su familiar fue atendida en el Hospital “X” “en el contexto de un ingreso programado por enfermedad vascular periférica” y “en el curso

ese ingreso, se le practicó una radiografía de tórax el 7 de junio de 2023, en la cual se identificó de forma incidental una imagen anómala en el campo medio del pulmón izquierdo, compatible con una lesión nodular”. Señalan que a pesar de la “recomendación expresa” del radiólogo, relativa a valoración “con TC” del hallazgo, “no se realizó ninguna prueba complementaria que permitiera esclarecer la naturaleza de la lesión (tac torácico, PET-TAC, biopsia transbronquial o punción), ni se llevó a cabo un seguimiento clínico específico ni una derivación al especialista”. Añaden que en el informe de alta no se cita a la paciente “para realizar esas pruebas complementarias que recomienda el radiólogo” y que “durante los meses posteriores, la paciente continuó con controles clínicos, pero no se investigó la imagen pulmonar previamente descrita (...). Tampoco el Servicio de Cardiología, donde la paciente realizaba consultas periódicas por enfermedad coronaria, en la consulta realizada el día 07-02-2024 se advirtió existencia de esa Rx de tórax realizada en el mes de junio de 2023 y la recomendación expresa del radiólogo”.

Continúan narrando que “el 20 de enero de 2025 la paciente ingresó de urgencia en el Hospital “Y” con disnea intensa y deterioro general. Las pruebas diagnósticas (RX tórax, tac, gasometría, analítica) revelaron la existencia de una neoplasia pulmonar avanzada con obstrucción bronquial completa, múltiples adenopatías mediastínicas, e infiltración extensa compatible con diseminación metastásica (...). El diagnóstico fue neoplasia pulmonar estadio IV a, con gran afectación metastásica y obstrucción bronquial completa. La enfermedad no es tributaria de tratamiento./ El 22 de enero de 2025, dos días después de su ingreso (la paciente) falleció en dicho hospital, tras presentar insuficiencia respiratoria aguada secundaria a la evolución del tumor”.

Manifiestan que “el fallecimiento se produjo sin que la paciente hubiera tenido opción alguna de tratamiento, ni quirúrgico, ni quimioterápico, ni paliativo efectivo, privándola de una oportunidad real y concreta de haber abordado el cáncer en estadios más precoces. La ausencia de diagnóstico condicionó una merma importantísima en su pronóstico de curación y supervivencia”. Razonan que “el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón, en

estadios I o II aumenta significativamente las tasas de supervivencia y permite aplicar opciones terapéuticas con fines curativos, incluyendo a cirugía, radioterapia y tratamientos sistémicos eficaces./ Según la Sociedad Española de Oncología Médica, la tasa de supervivencia a 5 años en estadios precoces de cáncer de pulmón puede superar el 60 %; mientras que en estadios avanzados (como el que se diagnosticó a la paciente en enero de 2025), se reduce a menos del 5 % (...). Existe, por tanto, un claro nexo causal entre el retraso diagnóstico y el fallecimiento (...). Aunque no puede afirmarse con una certeza absoluta que la paciente hubiera salvado su vida, sí puede establecerse con un grado elevado de probabilidad que, de haberse actuado con la diligencia exigible en 2023, la evolución clínica, el pronóstico vital y la calidad de vida (...) hubieran sido sustancialmente distintos”.

Tras aludir a la doctrina jurisprudencial conforme a la cual “la pérdida de oportunidad es una alternativa a la quiebra de la *lex artis*, que permite indemnizar cuando tal quiebra no se ha producido”, afirman que en el caso de que se trata “se ha de indemnizar por el fallecimiento (...) sin aplicar ningún criterio minorador”. En consecuencia, solicitan una indemnización por los perjuicios sufridos, conforme al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que asciende a sesenta y cuatro mil doce euros (64.012 €) para la hija y de veintinueve mil ochenta y cuatro euros con ochenta y dos céntimos (29.084,82 €) para el nieto.

Adjuntan, entre otros documentos, certificados de nacimiento de los reclamantes acreditativos del parentesco con la finada, certificado histórico colectivo del padrón municipal que prueba la convivencia de la paciente con los reclamantes, documentación acreditativa de los ingresos de la familiar de los interesados, factura correspondiente a gastos de sepelio e informes médicos de alta hospitalaria.

2. Mediante oficio notificado el 19 de mayo de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el

nombramiento del instructor y su régimen de recusación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos del silencio administrativo.

3. El día 15 de mayo de 2025 el Instructor requiere a la Gerencia del Área Sanitaria V la remisión de la historia clínica de la paciente, así como el preceptivo informe de los servicios intervinientes (Radiodiagnóstico y Cirugía Vascular) en relación con el contenido de la reclamación, los cuales se remiten desde la Gerencia el día 23 de mayo de 2025.

En el informe del Servicio de Cirugía Vascular, de 20 de mayo de 2025, se transcriben las anotaciones de la interconsulta preoperatoria del 5 de junio de 2023 en las que el facultativo actuante refleja lo siguiente: "informe de Rx de tórax, imagen nodular situada en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo que deberá ser valorada con TC para mejor valoración. No vemos otros hallazgos de interés./ Ante falta de clínica respiratoria", es "apto para cirugía de mañana" y solicita "tac torácico". Comentar "hallazgos de Rx con (Cirugía) Vascular para que estén pendientes del tac". Seguidamente indica que la solicitud de TC torácico se realiza con carácter "urgente" y "conocimiento por parte del (Servicio) de Cirugía Vascular", aunque "no consta en historia clínica que se haya realizado este estudio".

En el informe que suscribe el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico el día 22 de mayo de 2025 se realizan las siguientes precisiones: "1. Con fecha 05-06-2023 a las 08:57 h se realiza una solicitud en ámbito de hospitalización con prioridad urgente de radiografía de tórax con motivo de consulta 'preoperatorio' para la paciente referida por un facultativo del Servicio de Anestesiología (...). 2. El mismo 05-06-2023 a las 12:08 se realiza e informa dicha radiografía describiendo una imagen nodular pulmonar y recomendando evaluación complementaria mediante TC (...). 3. El (...) 05-06-2023 a las 12:55 el (...) facultativo del Servicio de Anestesiología solicita TC de tórax, de nuevo en ámbito de hospitalización con prioridad urgente. Dicha solicitud, al estar realizada con carácter urgente, pasa directamente a la lista de trabajo del

equipo diagnóstico, en este caso TC, y es detectada por el técnico correspondiente, que, siguiendo el protocolo habitual de trabajo, consulta al radiólogo encargado si procede realizar dicha exploración. En este caso es obvio que esta solicitud no requiere carácter urgente (que implica realización en el mismo día a la mayor brevedad posible) ya que su posible resultado no supondría cambios en el proceso activo de la paciente, de cirugía vascular. En estos casos, al proceder al 'fallo' de la exploración en el sistema de gestión radiológico (EOS), esta queda anulada y no es citable a posteriori, debido a su carácter urgente. Esto es una característica inherente al sistema de gestión hospitalaria (Selene), una exploración urgente o se realiza en el día o queda anulada, no es citable. Normalmente en estos casos se contacta con el médico solicitante para que, si lo considera, haga una nueva solicitud con prioridad preferente o normal para que sea citable. En este caso, ya que han pasado más de dos años, es imposible comprobar si se ha seguido este procedimiento./ 4. El (...) 05-06-2023 a las 12:50 el (...) facultativo del Servicio de Anestesiología hace una nota clínica en Selene en la que se hace constar que ante el informe de la radiografía solicita el TC de tórax y comenta los hallazgos con (Cirugía) Vascular para que estén pendientes del mismo./ 5. Al no realizarse una nueva petición del TC a ritmo normal o preferente para poder citarlo, no llegó a realizarse a pesar de que varios profesionales implicados tomaron las iniciativas correctas./ A mi juicio este desgraciado asunto se deriva de un déficit de nuestros sistemas de gestión EOS/Selene que no permite transformar en citable una solicitud urgente y obliga a realizarla o anularla. En no pocas ocasiones ocurre que, bien por error al hacer la solicitud (como parece en este caso) o por acuerdo entre solicitante y radiólogo encargado, se decide posponer la realización de una de estas exploraciones y esto obliga a realizar una nueva solicitud, para lo cual hay que localizar al solicitante, lo cual no siempre es fácil o incluso posible y en todo caso requiere la iniciativa personal de uno o varios profesionales, lo cual en el contexto de sobrecarga de trabajo habitual se hace más difícil".

4. Seguidamente se incorpora al expediente un informe pericial suscrito el día 25 de agosto de 2025 por un especialista en Oncología Médica en el que realiza, en primer lugar, unas consideraciones generales sobre el cáncer de pulmón, señalando que se trata del tumor “que mayor mortalidad tiene”. Señala que “en el estadio I y II de la enfermedad, en el caso de no existir contraindicaciones para la cirugía, el tratamiento quirúrgico persiste como el tratamiento de elección (...). El tratamiento adyuvante con quimioterapia es recomendado en los estadios II y III y la radioterapia posoperatoria no es recomendada en el caso de pacientes con estadio I y II y resecaos de forma completa”. Indica que “cualquier terapia locorregional debe considerar la situación previa del paciente y sobre todo, la situación posterior al tratamiento del paciente, dado que habitualmente la mayoría de los pacientes son mayores de 65 años y la presencia de comorbilidades es importante. Cualquier intervención sobre el pulmón, sea cirugía o radioterapia, va a reducir la reserva pulmonar y vascular y a afectar en el mantenimiento de la calidad de vida del paciente”. Significa que “las tasas de supervivencia de los pacientes con carcinoma no microcítico de pulmón dependen del estadio de la enfermedad, y en términos generales, la supervivencia a los 5 años de los estadios localizados es de aproximadamente un 65 % frente al 37 % de la enfermedad a nivel regional (ganglios locorregionales afectos) y del 9 % en el caso de la enfermedad metastásica, no considerándose la posibilidad terapéutica curativa en la mayor parte de los casos de enfermedad regional y en la enfermedad metastásica”; además, “en un gran grupo de pacientes intervenidos quirúrgicamente, el seguimiento reveló que, durante los 4 primeros años tras la cirugía, el riesgo de recurrencia es de entre 6 y 10 % por persona y año, decreciendo posteriormente al 2 %, lo que define que el riesgo de recurrencia de la enfermedad es sobre todo durante los primeros años tras la cirugía”. En cuanto a las consideraciones del caso concreto, indica que “con una radiografía de tórax únicamente no podemos asegurar que estemos ante un estadio local o (...) un estadio localmente avanzado (ganglios afectos) que impacta (...) en la supervivencia” y, tras aludir a “las estadísticas” de un “estudio español

publicado en 2018” que hablan de “supervivencia en los estadios I y II menores al 50 % que pueden ser algo superiores al 35 % en el caso de los estadios III”, señala que no puede afirmarse “a ciencia cierta que la supervivencia a 5 años de nuestra paciente si se hubiera diagnosticado en 2023 hubiera sido del 60 %”. Asimismo, tras poner de relieve la edad (71 años) y comorbilidades de la paciente (“deterioro cognitivo” y “patología extensa cardiovascular, desde cardiopatía isquémica hasta hipertensión con riñón hipoplásico e isquemia crónica de extremidades”), concluye que “en el caso concreto (...) teniendo en cuenta los antecedentes, complicaciones de la ‘cirugía’ y la bibliografía, la supervivencia a 5 años sería aproximadamente del 35 %, en el mejor de los casos, asumiendo que nos encontramos ante un estadio precoz, algo que como se ha comentado también no podemos confirmar solo con la radiografía de tórax”.

5. Mediante oficio notificado el 8 de octubre de 2025, el Instructor evacúa el trámite de audiencia, adjuntando una copia del expediente administrativo, concediendo a los interesados un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar cuantos documentos y justificaciones estime procedentes.

6. El día 17 de octubre de 2025 se presenta en el Registro Electrónico General se recibe un escrito de alegaciones en el que los interesados destacan que el informe de la aseguradora asume que “el funcionamiento del servicio sanitario no fue el correcto, al menos en cuanto a la continuidad asistencial tras la sospecha radiológica inicial”, lo que, según señalan, también corrobora el informe del Servicio de Radiodiagnóstico en el que se reconocen “las deficiencias del sistema de gestión” y “la cadena de errores que desembocaron en la falta de diagnóstico”. Manifiestan, por otro lado, que “aun aceptando las cifras estadísticas” de supervivencia del citado informe, no queda desvirtuada “la existencia de una pérdida de oportunidad real y significativa para la paciente” pues “si en 2023 el tumor hubiera estado en estadio III (hipótesis

más desfavorable planteada (...)), ese estadio no es terminal ni inoperable sino potencialmente tratable, ofreciendo una supervivencia a 5 años en torno al 35 % según reconoce el propio informe (...). Un 35 % de probabilidad de supervivencia a 5 años dista enormemente de la situación en que finalmente se encontró a la paciente en 2025: un estadio IV con probabilidad nula de sobrevivir cinco años (de hecho su fallecimiento ocurrió en días)". Tras señalar que no cabe descartar que el cáncer estuviera cuando se practica la placa de tórax en "estadio I-II", afirman que "en cualquiera de los casos, resulta incuestionable que las perspectivas para la paciente habrían sido mucho mejores con un diagnóstico y abordaje en 2023 que las que tuvo en 2025 tras 18 meses de evolución libre". A continuación manifiestan, que ni la edad ni las comorbilidades de la paciente "justifican ni excusan la falta absoluta de actuación diagnóstica y terapéutica en este caso", pues "la presencia de comorbilidades podría haber complicado el manejo del cáncer, pero nunca puede erigirse en pretexto para no intentarlo siquiera". Concluyen que "falló el mecanismo de seguimiento: la cadena de comunicación se rompió y el sistema informático carecía de salvaguardas para estos casos (no generó ninguna alerta al médico solicitante ni a otros responsables de que la prueba quedó anulada y debía reordenarse)", lo que entienden que "constituye una infracción de la *lex artis*". Finalmente, tras insistir en que, tratándose de un caso de pérdida de oportunidad "solo en ausencia de infracción de la *lex artis*, es cuando cabría una indemnización proporcional a las probabilidades perdidas", se ratifican en su pretensión indemnizatoria.

7. Con fecha 17 de noviembre de 2025, el Instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que la paciente presentaba "antecedentes personales relevantes a tener en cuenta que impactan en la supervivencia" y que "la supervivencia a 5 años en el mejor de los casos, sería aproximadamente de un 35 %".

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de noviembre de 2025, 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), están los interesados activamente legitimados, 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 cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de abril de 2025 y, habiéndose producido el fallecimiento de la familiar de los interesados el día 22 de enero de ese mismo año, hemos de concluir que la acción se ha ejercido dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no impide su adopción, 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 del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado, en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados solicitan ser indemnizados por el fallecimiento de su familiar, que imputan a una pérdida de oportunidad por retraso diagnóstico del cáncer de pulmón que padecía.

Acreditado el fallecimiento de la paciente y su parentesco con los reclamantes cabe tener por probada la efectividad del daño ligado al óbito, todo ello sin perjuicio de su cuantificación económica, cuestión esta que abordaremos más adelante de estimar que concurren el resto de presupuestos generadores de la responsabilidad que se demanda.

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

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la

organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. 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 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, en esencia, 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, directamente, una vulneración de la *lex artis*.

Finalmente, como también venimos subrayando, ha de tenerse en cuenta que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, por sí mismo, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el asunto objeto de análisis, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en asumir que, aunque el hallazgo incidental de un nódulo pulmonar en una de las pruebas preoperatorias practicadas el día 5 de junio de 2023 determinaba la necesidad de realizar un estudio complementario mediante TC, dicho estudio nunca llegó a practicarse, de tal forma que cuando debutó la

clínica del carcinoma pulmonar, 18 meses después, la enfermedad estaba tan avanzada que ya no era tributaria de tratamiento alguno, produciéndose el óbito de la paciente a los dos días del diagnóstico. En el informe del Servicio de Radiodiagnóstico se admite, en primer lugar, que tal omisión se debió aparentemente a un “error” del radiólogo al cursar la petición de la prueba con carácter urgente, circunstancia esta que determinó que la solicitud fuera anulada por el propio sistema al no practicarse el mismo día y, en segundo lugar, que el fallo señalado no se subsanó con posterioridad mediante una nueva solicitud, tal y como se realiza “normalmente”.

Constatado que, a consecuencia de un error, no se pusieron a disposición de la paciente todos los medios disponibles para el estudio del nódulo pulmonar hallado incidentalmente, tal y como demandaba la buena praxis médica, no cabe invocar, como hace la parte reclamante, que “la pérdida de oportunidad es una alternativa a la quiebra de la *lex artis*, que permite indemnizar cuando tal quiebra no se ha producido”. Tal tesis -que nosotros no compartimos, como hemos explicado *in extenso* en nuestro Dictamen Núm. 194/2025- tiene su origen en una doctrina jurisprudencial que hace recaer sobre el servicio público sanitario la indemnización de los daños sufridos cuando, a pesar de haberse desarrollado la actuación sanitaria dentro de los parámetros de la buena praxis, existían otras opciones técnicas posibles distintas a la correctamente aplicada que, de haberse adoptado, acaso pudieran haber evitado o minorado el daño; ahora bien, en el asunto sometido a nuestra consideración es evidente que no concurre el primero de los presupuestos esenciales de dicha teoría, esto es, la presencia de una actuación sanitaria conforme a la *lex artis*.

Asumido por el servicio público sanitario que no se actuó correctamente, también se admite en la propuesta de resolución que, de haberse diagnosticado el tumor en 2023, la paciente habría tenido un 35 % de posibilidades de supervivencia a los 5 años en el mejor de los casos teniendo en cuenta su edad y comorbilidades, porcentaje éste que no ha sido discutido ni pericialmente rebatido por la parte reclamante en el trámite de audiencia.

Por todo ello, constatado en el caso que analizamos que la paciente perdió la posibilidad de ser diagnosticada en un estadio evolutivo de la enfermedad que permitiera el tratamiento de su dolencia con la consiguiente privación de posibilidades de supervivencia a consecuencia de un error imputable al servicio público sanitario, la acción resarcitoria ejercitada merece ser estimada. Ahora bien, la indemnización no puede comprender la totalidad de los daños sufridos pues, como este Consejo viene señalando reiteradamente (por todos, cabe citar nuestro Dictamen Núm. 90/2022), en los casos en que se invoca una pérdida de oportunidad no es posible determinar a ciencia cierta en qué medida habría variado el curso de los acontecimientos con una actuación sanitaria distinta a la seguida, debiendo calcularse la indemnización en función de la probabilidad de materialización de las expectativas de recuperación o supervivencia, finalmente frustradas, que integran verdaderamente el daño resarcible. En efecto, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, cabe citar nuestros Dictámenes Núm. 318/2009 y 170/2021), en los casos en los que se aprecia la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por pérdida de oportunidad “existe siempre concausa e incertidumbre en la contribución del servicio público en la producción del resultado final”, por lo que aun en el caso de que el servicio sanitario se hubiera prestado de forma correcta no podría alcanzarse absoluta certeza de que el daño reclamado hubiera podido evitarse. Por ello, en el asunto que analizamos, aun acreditada una infracción de la *lex artis*, no puede satisfacerse íntegramente la pretensión de los reclamantes que, pese a invocar la existencia de una pérdida de oportunidad, demandan el resarcimiento de la totalidad de los perjuicios sufridos.

Así las cosas, considerando la limitada probabilidad de que la actuación médica omitida hubiera conducido a un resultado beneficioso y la incertidumbre acerca del alcance o entidad del mismo, en línea con lo razonado en Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, en fecha 30 de mayo de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:1597-, o en Sentencia del mismo Tribunal, de fecha 28 de febrero de 2023 ECLI:ES:TSJAS:2023:585, invocables al caso

por razón de la materia abordada, sin perjuicio del componente casuístico, estimamos que en prudente arbitrio procede cuantificar la indemnización a abonar en diez mil euros (10.000 €) para la hija y cuatro mil euros (4.000 €) para el nieto de la paciente.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, en consecuencia, estimar parcialmente la reclamación presentada, indemnizando 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.