

Dictamen Núm. 67/2026

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 9 de abril 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 29 de enero de 2026 -registrada de entrada el día 3 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, al no haber detectado el cáncer de mama que sufría en las pruebas del programa público de cribado.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 16 de enero de 2025 se presenta en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado una reclamación de responsabilidad patrimonial -formulada por la perjudicada, aunque sin firma- y dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, por la falta de diagnóstico del cáncer de mama que padecía en las pruebas del programa público de cribado.

Refiere que, el 12 de enero de 2024, acudió al Servicio de Atención Continuada con disnea y que, tras consultar a su médico de Atención Primaria

tres días después por el mismo motivo, siguió empeorando progresivamente, por lo que el día 17 del mismo mes acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde, después de practicársele varias pruebas, se decidió su ingreso para estudio. Señala que, “tras varios días hospitalizada, y tras realizarse numerosas pruebas diagnósticas”, el Servicio de Neumología solicita al de Radiodiagnóstico del mismo hospital que analice las mamografías que le habían realizado “en el año 2021 y en noviembre de 2023 en el Hospital “Y”, como parte del programa de *screening* para la detección precoz del cáncer de mama”. Según apunta la reclamante, “tras revisarlas, con fecha 25 de enero de 2024, los radiólogos comunican a la neumóloga responsable que, en dichas imágenes, se observaban lesiones malignas ya visibles en las imágenes del año 2021, y por supuesto muy claramente en la más reciente de 2023, confirmando así las sospechas de lesiones pulmonares como causa de la fatiga extrema por metástasis de un cáncer de mama no diagnosticado”. Explica que el radiólogo responsable refleja en su informe que “se revisa la mamografía realizada en el Hospital “Y” el día 22-11-2023: Mamas de densidad intermedia-alta (C). Destaca una agrupación sospechosa y mal definida de microcalcificaciones pleomórficas en la región supra areolar externa de la mama derecha, que parecen haber aumentado y cambiado de morfología respecto al estudio previo del año 2021. Distorsión arquitectural del tejido con microcalcificaciones en el cuadrante superoexterno hacia unión de cuadrantes externos de mama derecha, ya visible en el estudio previo de 2021. Ganglio sospechoso de margen espiculado en axila derecha”.

Afirma que, aunque “las lesiones en la mama derecha, susceptibles de malignidad (...) ya eran visibles desde el estudio realizado en el año 2021”, se le comunicó, tanto en 2021 como en noviembre de 2023, que “sus mamografías eran ‘normales’”, lo que entiende constituye no solo un error “patente” al valorarlas, sino, además, una “negligencia médica”.

Tras reprochar al servicio público que, a pesar de haber solicitado “una copia de las mamografías, de los informes de las mismas y de las cartas que le enviaron”, no se le proporcionaron los informes de ninguna de las pruebas

realizadas ni tampoco las imágenes de la ecografía practicada el día 14 de diciembre de 2021, sino únicamente una copia de las imágenes de las mamografías “sin el análisis del radiólogo”, manifiesta que la actuación del servicio público sanitario fue incorrecta, tanto por el “análisis erróneo” de las mamografías realizadas en 2021 y 2023 -que le “llevó a calificar como benignas lesiones que no lo eran”- como por “la no realización de las pruebas necesarias por parte de los facultativos para confirmar si dichas lesiones eran de verdad benignas” y quedaba descartada la malignidad.

Aduce que tal actuación le irrogó un “retraso” diagnóstico con la consiguiente “pérdida de oportunidad terapéutica”, pues “cuando accede por fin a un tratamiento para su patología es ya en un estado de enfermedad paliativo y no curativo”, con lo que se le “provocó una disminución de la esperanza de vida”. Asevera que, “si bien no se puede asegurar (...) que de haber comenzado un tratamiento en el 2021 a día de hoy estuviese curada, sí es cierto (...) que de haber comenzado en dicha fecha un tratamiento (...) el pronóstico sería infinitamente mejor, y no hubiese llegado a extenderse ni a provocar las lesiones pulmonares (...) que convirtieron a la actora en una persona dependiente”, hasta el punto de que se le ha reconocido un grado de discapacidad del 65 %.

Añade que, desde el ingreso hospitalario, “causó baja de todas sus actividades habituales” y que, al regresar a su domicilio, no podía valerse por sí misma y “dependió durante meses de la ayuda de sus familiares tanto para las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) como para las tareas domésticas”, por lo que tuvo que adquirir dispositivos de ayuda técnica para compensar sus limitaciones y “contratar ayuda”. Apunta que “tiene en su poder (...) copia de las facturas de gran parte de los gastos ocasionados que en caso de ser necesario serán aportados”.

Manifiesta que le han quedado como secuelas “importantes dificultades de movilidad” por “la fatiga derivada de las lesiones pulmonares causadas por el avance de la enfermedad y (...) por la pérdida de movilidad sobre todo en el brazo izquierdo y el dolor en la pierna izquierda, que le impiden deambular y

desempeñar sus tareas habituales, además de un cansancio extremo debido al agresivo tratamiento que recibe”. Por otra parte, refiere padecer un “estado de tristeza y ansiedad por su situación”, al verse “impedida”, angustiada “ante la proximidad de su muerte” y con sentimiento de “impotencia” al “saber que existían las imágenes para su diagnóstico precoz”.

Por todo ello, solicita una indemnización de quinientos setenta y un mil ochocientos cuarenta y seis euros con noventa y cuatro céntimos (571.846,94 €), por los conceptos de perjuicio personal básico, perjuicio personal particular moderado, perjuicio personal grave y secuelas, más un “perjuicio excepcional”, que vendría a resarcir “la pérdida de oportunidad y la drástica disminución de su esperanza de vida” no contempladas “como tal en el baremo de tráfico”, así como los gastos por “pérdida de autonomía personal”.

Requiere que se aporte “el historial completo (...) con motivo de su participación en los programas de *screening* de cáncer de mama”, en particular, una “copia de las imágenes de la ecografía de la mama derecha realizada con fecha 14 de diciembre de 2024, junto con el informe de la persona responsable de la misma” y adjunta diversa documentación clínica relativa al proceso asistencial posterior al 17 de enero de 2024, así como la queja por “grave negligencia” en la interpretación de las mamografías realizadas, formulada por la reclamante, y la respuesta ofrecida a la misma por el Director Gerente del Hospital “Y”, en el que se llevaron a cabo dichos controles.

2. Mediante requerimiento notificado a la reclamante el día 20 de febrero de 2025, la Jefa de la Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le advierte que la solicitud presentada carece de firma y le requiere para que la presente nuevamente, debidamente firmada, en el plazo de diez días.

El día 21 del mismo mes se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias el escrito de solicitud firmado.

3. Mediante oficio de 5 de marzo de 2025 se comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el mencionado Servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas aplicables, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

4. Previa petición formulada por el Instructor del procedimiento, el 10 de abril de 2025 el Director-Gerente del Hospital "Y" le remite una copia de la historia clínica de la paciente junto con la certificación de la vinculación de las facultativas intervinientes con el Hospital y el informe de las facultativas afectadas por la reclamación, fechado el mismo día, en el que se señala que la paciente acudió el día 21 de octubre de 2021 a la Unidad de Cribado de Cáncer de Mama del Hospital "Y" para realizarse una exploración mamográfica dentro del programa de cribado, observándose "unas mamas constituidas por tejido fibroso de alta densidad, disposición simétrica y estructura heterogénea, con opacidades micronodulares sugestivas de cambios fibroquísticos (ACR:C), con predominio en las regiones retroareolares e imágenes nodulares en la mama derecha. También existían microcalcificaciones dispersas y bilaterales, aunque se observaba un grupo de microcalcificaciones supraareolares derechas en la proyección cráneo-caudal, que adquirirían una disposición dispersa en la proyección oblicua. Las cubiertas mamarias eran uniformes y los complejos areola-pezones simétricos. Los ganglios axilares tenían una naturaleza inespecífica, con un claro centro graso y no había evidencia de alteraciones estructurales en el parénquima mamario. De la lectura del estudio mamográfico anterior al tratarse de unas mamas densas (ACR:C) y con la existencia de nódulos en la mama derecha, se procedió a la clasificación radiológica como BIRADS 3, por lo que se citó a la usuaria para la realización de estudios complementarios (ecografía mamaria)./ El 14 de diciembre del año 2021 acudió de nuevo para la realización del estudio ecográfico, en el que se observó un predominio de la fibrosis estromal, con imágenes nodulares anecogénicas, bien definidas y dispersas, compatibles con quistes simples en el contexto de una mastopatía fibroquística. En los huecos

axilares se apreciaron ganglios inespecíficos sin evidencia de engrosamientos corticales sospechosos. El estudio ecográfico del parénquima mamario no difiere en cuanto a resultados del realizado” en el Hospital “X” “el 01-02-2024, en el que tampoco se identificaron claros nódulos sospechosos, únicamente un foco mal definido e inespecífico, que tras la realización de BAG resultó negativo: sin evidencia de infiltración neoplásica invasiva o ‘*in situ*’./ Al no encontrar hallazgos ni mamográficos ni ecográficos susceptibles de seguimiento precoz en el programa de *screening*, se le envió la comunicación de conducta normal para ser valorada a los dos años, que es lo que contempla el *screening* de la población en la que estaba incluida la paciente./ Dos años después, (...) se seguían observando unas mamas densas, que no presentaban cambios radiológicos significativos respecto al estudio previo, salvo los derivados de la propia técnica mamográfica, lo que descarta omisión en la interpretación de la imagen. Con este hallazgo, y ante un estudio mamográfico previo, con ecografía complementaria normal, se diagnosticó de BIRADS 2 y se envió el informe para que la usuaria continuase con los controles bienales del programa en el que estaba incluida. Mencionar que las microcalcificaciones se identificaban en ambas mamas, lo que apoyaba con más fuerza la hipótesis de su benignidad./ En cuanto al resumen de los hallazgos como ‘normal’, cuando no se identifican calcificaciones de sospecha se pueden catalogar estas calcificaciones como tal, ya que en nuestro juicio diagnóstico no señalan sospecha para realizar otros estudios./ Comentario:/ el *screening* de cáncer de mama supone la realización de pruebas diagnósticas, en nuestro caso mamografía a mujeres en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que posiblemente no lo están. A diferencia de la mamografía diagnóstica (la realizada en el Hospital ‘X’) que ya va dirigida al diagnóstico de una lesión previamente descrita, bien por exploraciones de imagen (TAC/RM) bien por sospecha clínica de la paciente. Es importante conocer que las pruebas de cribado pueden tener falsos resultados, es decir, clasificar como enfermas a personas sanas (falsos positivos) o clasificar como sanas a personas enfermas (falsos negativos). Esta

circunstancia es común en cualquier prueba de diagnóstico. La sensibilidad de la tomosíntesis en el diagnóstico de cáncer de mama es del 85 % y disminuye en mujeres con tejido mamario denso (como es el caso), su especificidad es del 80-90 % lo que supone que las mamografías no identificarían alrededor del 10-20 % de los cánceres de mama que están presentes en el momento de los exámenes de detección (resultados falsos negativos)./ La evolución del caso confirma que el supuesto tumor no presentaba signos evidentes en los estudios de imagen disponibles, y su detección retrospectiva no implica negligencia médica, sino una limitación inherente a la interpretación radiológica./ Por tanto, la actuación seguida se ajustó en todo momento a la '*lex artis*', pues se actuó con diligencia y conforme a los conocimientos médicos vigentes y no existían signos radiológicos claros de cáncer en los estudios realizados, no siendo posible exigir responsabilidad, dado que la lesión no era detectable con los métodos disponibles en los cribados".

Con fecha 4 de junio de 2025, la Gerente del Área de Salud V remite al Instructor del procedimiento una copia de la historia clínica de la paciente.

5. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 25 de octubre de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por un especialista en Radiodiagnóstico y Diagnóstico por la Imagen. En él, explica que la clasificación BI-RADS es un "sistema estandarizado para interpretar y comunicar los hallazgos en los estudios de imagen de mama" que "sugiere acciones clínicas específicas basadas en la categoría asignada", que la categoría BI-RADS 3 implica un hallazgo "probablemente benigno", con una "probabilidad de malignidad" inferior al 2 % y un "manejo recomendado" en forma de "seguimiento en 6 meses", y que la categoría BIRADS 2 alude a un "hallazgo benigno" con una "probabilidad de malignidad" del 0 % y un "manejo recomendado" que supone "continuar con tamizaje rutinario". Por otra parte, refiere que la sensibilidad de la mamografía para la detección precoz en los programas de cribado "oscila entre el 80 % y el

90 %, pudiendo reducirse significativamente en mujeres con mamas densas o de patrón estructural complejo, donde la superposición del tejido fibroglandular puede enmascarar lesiones sutiles. En estos casos, la literatura científica y las guías europeas (EUSOBI, ESR) recomiendan considerar técnicas complementarias, como ecografía mamaria o resonancia magnética (RM) de mama, según la disponibilidad y el riesgo individual (...). En este contexto, el resultado de un estudio mamográfico de cribado debe interpretarse considerando tres aspectos esenciales:/ El contexto de asintomatología y bajo pretest clínico: las pacientes acuden sin signos ni síntomas, lo que condiciona el umbral de sospecha radiológica./ La variabilidad interobservador: aun aplicando los mismos criterios BI-RADS, puede existir discrecionalidad en la interpretación de hallazgos sutiles, especialmente microcalcificaciones o asimetrías menores./ Las limitaciones tecnológicas y anatómicas: la sensibilidad se ve comprometida en mamas densas, en presencia de mastopatía fibroquística, cicatrices previas o distorsiones estructurales, y también por la proyección o técnica de adquisición". Concluye que "el objetivo último del *screening* no es eliminar por completo los diagnósticos diferidos -lo cual sería inalcanzable desde el punto de vista técnico- sino reducir de forma significativa la mortalidad poblacional mediante la detección temprana de un número suficiente de casos en fases tratables" y destaca que, "tanto los documentos técnicos del Ministerio de Sanidad como los estándares europeos reconocen que incluso en condiciones óptimas, la mamografía de cribado no permite detectar el 100 % de los cánceres (...). Factores como la densidad mamaria elevada, los patrones fibroquísticos, las lesiones de pequeño tamaño o localización profunda y la variabilidad de lectura entre radiólogos explican que puedan presentarse cánceres de intervalo o diagnósticos diferidos./ En estos casos, el análisis pericial debe valorar la actuación conforme a los protocolos y criterios clínicos vigentes en el momento de la lectura, sin aplicar retrospectivamente el conocimiento del resultado posterior (principio de no retrospectividad o exclusión del sesgo de revisión)". En cuanto al caso concreto, señala que la paciente presentaba en los estudios de

cribado “mamas de patrón denso y complejo, con mastopatía fibroquística de larga evolución. Este tipo de mama, de elevada densidad fibroglandular, constituye un factor reconocido de reducción de sensibilidad mamográfica, dificultando la identificación de lesiones sutiles”. Apunta que, en la mamografía realizada en octubre de 2021, “se identificó un foco de microcalcificaciones localizado en la unión de cuadrantes internos de la mama derecha, sin aparente masa ni distorsión estructural asociada. Las microcalcificaciones se clasificaron como indeterminadas, en la categoría BI-RADS 3, indicándose complemento ecográfico según protocolo habitual./ El estudio ecográfico resultó no relevante, sin evidenciar lesión sólida ni quística significativa en la zona de correlación mamográfica, por lo que se mantuvo la conducta de seguimiento radiológico en el contexto de cribado./ En la mamografía de control de 2023 se observó una sutil variación en el número o distribución de las microcalcificaciones, sin cambios morfológicos de sospecha (pleomorfismo, agrupamiento irregular o extensión lineal) y sin sintomatología de sospecha referida por la paciente (en TAC de enero de 2024 se refleja retracción del pezón), motivo por el cual se mantuvo la valoración como benigna (BI-RADS 2), continuando el seguimiento según los criterios establecidos./ Meses más tarde, en enero de 2024 (aproximadamente 1-2 meses tras la realización de este estudio), la paciente fue diagnosticada de carcinoma de mama infiltrante con enfermedad metastásica, debutando con derrame pleural y metástasis pulmonares. En la revisión retrospectiva de las imágenes previas, realizada *a posteriori* por otros especialistas se consideró que las microcalcificaciones previas podrían haber tenido carácter patológico”. Concluye, “desde un punto de vista pericial y conforme a los estándares de práctica radiológica”, que “la actuación de las radiólogas intervinientes fue correcta y ajustada al protocolo de cribado vigente”, teniendo en cuenta que evaluaban una “mama densa y fibroquística” y que está “ampliamente documentado en la literatura científica y reconocido en los programas de cribado europeos” que “la elevada densidad y heterogeneidad mamaria limita la sensibilidad del estudio y puede enmascarar lesiones sutiles”,

por lo que “aunque la mamografía constituye la técnica de elección en programas de cribado” no es “infalible” y “condiciona la posibilidad de falsos negativos incluso en exploraciones de alta calidad”. Señala, respecto al estudio ecográfico realizado en 2021, que “la negatividad de la ecografía no excluye patología, pero tampoco justifica por sí misma la biopsia en ausencia de signos mamográficos de alta sospecha” y que “toda valoración *ex post* está condicionada por el sesgo de revisión o ‘*hindsight bias*’, fenómeno ampliamente reconocido en Radiología, por el cual los hallazgos adquieren apariencia de obviedad una vez conocido el resultado clínico o histológico. La valoración pericial debe realizarse con los elementos disponibles en el momento de la lectura inicial, sin incorporar información posterior”. Apunta que, “incluso con conocimiento del diagnóstico metastásico y tras biopsia dirigida, no se objetivó carcinoma infiltrante en la localización inicial de microcalcificaciones, lo cual evidencia la complejidad radiológica y anatomopatológica de este caso y refuerza la razonabilidad de las valoraciones previas” y, finalmente, señala que el “corto intervalo temporal entre la última mamografía de cribado y la aparición del cuadro clínico no permite inferir que existiera una pérdida de oportunidad diagnóstica, ya que el curso evolutivo de la enfermedad metastásica -por su agresividad y rápida diseminación- no guarda relación causal con el manejo radiológico previo”.

6. Mediante oficio notificado a la interesada el 19 de noviembre de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia, adjuntando una copia del expediente administrativo, y le concede un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar cuantos documentos y justificaciones estime procedentes.

No consta la realización de actuación alguna dentro de dicho plazo.

7. El día 23 de diciembre de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “no existían

signos radiológicos claros de cáncer en los estudios realizados, no siendo posible exigir responsabilidad, dado que la lesión no era detectable con los métodos disponibles en los cribados. Los estudios se efectuaron con criterio técnico adecuado, conforme a los protocolos de cribado, guías del ACR y de la ESR, dentro de las limitaciones inherentes a la mamografía en mamas densas y complejas”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de enero 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.

De lo actuado, se desprende que la asistencia sanitaria, supuestamente defectuosa, se imputa principalmente al Hospital “Y”, centro sanitario en el que le fueron realizadas a la interesada las pruebas del programa público de cribado del cáncer de mama, en el marco de un convenio singular de vinculación a la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias para la prestación de atención sanitaria a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. En opinión de la reclamante, los daños y perjuicios sufridos traerían causa de la atención sanitaria recibida en el citado hospital; ahora bien, en tanto que tal atención lo ha sido como beneficiaria del sistema sanitario público y que los servicios dispensados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, tal como este Consejo viene reiterando (por todos, Dictamen Núm. 195/2023), sin perjuicio de los costes que, en su caso, deba repetir al titular del centro directamente causante de ellos, por el procedimiento y en los términos establecidos en el citado convenio.

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

En el procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 16 de enero de 2025, a consecuencia de la falta de detección precoz de un carcinoma y habida cuenta que, según resulta de la historia clínica, no es hasta el día 22 de febrero de 2024 cuando se comunica a la paciente el diagnóstico definitivo de carcinoma ductal invasivo de mama y se le plantea el tratamiento

(folio 11 de la historia Selene), hemos de concluir que la acción ha sido ejercitada dentro del plazo de un año, legalmente determinado.

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

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución. Se ha incorporado, asimismo, al expediente la documentación correspondiente a la participación de la afectada en el programa de cribado, que incluye los informes de resultados de las mamografías realizadas en 2021 y 2023 y de la ecografía practicada el día 14 de diciembre de 2021.

Por último, se aprecia 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 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 del Tribunal Supremo, 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 la interesada reclama una indemnización por los daños que atribuye a una mala praxis en la valoración de las

mamografías del programa público de cribado, al no haberse detectado el cáncer que padecía.

En cuanto a la efectividad de los daños sufridos, resulta de la documentación médica obrante en el expediente, que, a la fecha del diagnóstico, el cáncer de mama que padece la perjudicada se había extendido a los pulmones (folio 11 de la historia Selene), por lo que su abordaje únicamente puede ser paliativo. Del escrito de reclamación, se desprende que la pretensión se articula sobre la base de la doctrina de la pérdida de oportunidad de expectativas de curación o supervivencia que ha irrogado a la paciente el diagnóstico tardío pues, según manifiesta, la actuación sanitaria prestada en el marco del programa de cribado le ocasionó un “retraso” diagnóstico con la consiguiente “pérdida de oportunidad terapéutica”, de modo que, “si bien no se puede asegurar (...) que de haber comenzado un tratamiento en el 2021 a día de hoy estuviese curada, sí es cierto (...) que de haber comenzado en dicha fecha un tratamiento (...) el pronóstico sería infinitamente mejor”; sin embargo, lo cierto es que la indemnización solicitada no resulta consecuente con la invocación de dicha doctrina pues, como ya hemos señalado en anteriores ocasiones (por todos, cabe citar nuestros Dictámenes Núm. 90/2022 y 139/2025), la articulación de la reclamación sobre una supuesta pérdida de oportunidad es incompatible con la solicitud de indemnización por la totalidad de los daños sufridos ya que, en tales casos, no es posible determinar a ciencia cierta si el daño final hubiera podido evitarse con una actuación sanitaria distinta a la seguida, con lo que la indemnización debe calcularse en función de la probabilidad de materialización de las expectativas de recuperación, finalmente frustradas, que integran verdaderamente el daño resarcible. Como viene señalando este Consejo (por todos, 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. Junto a la acción u omisión sanitaria en que se concreta la infracción de la *lex artis* existe la patología de

base del paciente, de modo que el resultado dañoso no puede imputarse en exclusiva a la intervención del servicio público sanitario, limitándose este a haber disminuido las posibilidades de curación, de una mayor expectativa de supervivencia o de una más favorable evolución de la enfermedad, sin que pueda saberse con absoluta certeza si esas posibilidades se habrían materializado o no en el supuesto de que se hubiera prestado el servicio sanitario de forma correcta". Por ello, en el asunto que analizamos, incluso en el caso de que llegara a acreditarse una infracción de la *lex artis*, no podría satisfacerse la pretensión de la reclamante que, pese a invocar la existencia de una pérdida de oportunidad, demanda el resarcimiento de la totalidad de los perjuicios sufridos. En cualquier caso, ha de destacarse que no todos los daños que comprende la cuantiosísima indemnización reclamada se encuentran acreditados; así, sin ánimo de exhaustividad, no lo están los 813 días de perjuicio personal básico que se reclaman (desde el 21 de octubre de 2021 al 12 de enero de 2024), en los que no cabe colegir que se haya producido ninguna clase de impacto en la vida de la reclamante, ni tampoco los "gastos por pérdida de autonomía personal" que comprenden las partidas de "ayudas técnicas", "adecuación de la vivienda" e "incremento de costes de movilidad" por importe total de 90.000 euros. En lo relativo a la pérdida de autonomía personal, debe puntualizarse además que, según resulta de la historia clínica, ocho días después de formular la reclamación, el Servicio de Neurología diagnosticó a la perjudicada "síndrome bradicinético-rígido izquierdo, enfermedad de Parkinson" (folios 27 y 28 de la historia Selene) que, según consta en el correspondiente informe, le causa "debilidad/torpeza en ambos (miembros inferiores)" y "torpeza y temblor en (miembro superior izquierdo)" con las limitaciones consiguientes. Finalmente, no se ha aportado pericia alguna que acredite la realidad de todas las secuelas que se reclaman, las cuales no resultan de la historia clínica.

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

También es criterio de este Consejo, 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*). 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. 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 caso sometido a nuestra consideración, la parte reclamante afirma que se cometió una “negligencia médica”, al valorar como “normales” las imágenes de las mamografías realizadas en 2021 y 2023, pues en ellas “se observaban lesiones malignas” que se calificaron “como benignas”, sin practicarse “las pruebas necesarias” para “confirmar si dichas lesiones eran de verdad benignas”. En prueba de tales afirmaciones, no aporta la perjudicada pericia alguna, limitándose a deducir la conclusión de que las lesiones malignas se apreciaban en las citadas mamografías del informe radiológico obrante al folio 40 de la historia Selene del Hospital “X”, en el que se detallan los pormenores de la intervención realizada el día 25 de enero de 2024, consistente en biopsia mamaria y axilar guiada por ecografía, previa revisión de las últimas mamografías de la paciente, realizadas dos meses antes. Ciertamente es que, al analizar las citadas imágenes mamográficas, el radiólogo “destaca una agrupación sospechosa y mal definida de microcalcificaciones pleomórficas en la región supraareolar externa de la mama derecha, que parecen haber aumentado y cambiado de morfología respecto al estudio previo del año 2021”, así como una “distorsión arquitectural del tejido con microcalcificaciones en el cuadrante superoexterno hacia unión de cuadrantes externos de mama derecha ya visible en el estudio previo del año 2021”, junto con un “ganglio sospechoso de margen espiculado en axila derecha”; ahora bien, no cabe ignorar que el presupuesto de la intervención radiológica, solicitada por el Servicio de Neumología -que era el que tenía a su cargo a la paciente por entonces- era, según resulta de la anotación obrante en la hoja de notas de progreso de todos los procesos correspondiente al 19 de enero de 2024 (folio 67 de la historia Selene), la “sospecha de tumoración de mama derecha con enfermedad metastásica pulmonar” que sugiere confirmar mediante “biopsia”, teniendo en cuenta los hallazgos del TAC de tórax realizado ese mismo día, en el que se aprecia una “captación irregular del tejido mamario derecho con retracción del pezón. Pequeñas adenopatías retropectorales y axilares derechas. Pequeñas adenopatías en cadena mamaria interna derecha” (folios 75 y 76 de la historia

Selene). Tampoco puede obviarse que, a la fecha en que el radiólogo revisa las mamografías del programa de cribado y toma las muestras de tejido mamario y axilar, se sabe que la paciente presenta una alteración del marcador tumoral “Ca 15.3: 422”, según recoge la anotación correspondiente al 23 de enero de 2024 de la hoja de notas de progreso de todos los procesos (folio 71 de la historia Selene). Es decir, la intervención del radiólogo va dirigida a obtener la confirmación de un diagnóstico del que se tienen sólidos indicios, por lo que su misión se ciñe a identificar las zonas sospechosas de albergar el cáncer de mama al que apuntan el resto de pruebas, de las que debe extraer, a continuación, las muestras de tejido. Para ello, examina, en primer lugar, las mamografías realizadas a la paciente en 2023, practicando a continuación una ecografía en la que, según expresa en su informe, “no se logran identificar las microcalcificaciones descritas en mamografía debido a la complejidad de las mamas./ No se identifican claros nódulos sospechosos definidos”. En la mama derecha únicamente identifica “un área hipoecogénica mal definida con cierta distorsión del tejido” de la que obtiene cuatro fragmentos de tejido que, una vez analizados, resultan “sin evidencia de infiltración por neoplasia invasiva o *in situ* en el material remitido” (informe anatomopatológico obrante en los folios 35 y siguientes de la historia Selene). La hipótesis diagnóstica de cáncer de mama metastásico solo se confirmará con la biopsia de uno de los cuatro ganglios axilares derechos que mostraban en la ecografía “engrosamientos corticales excéntricos”, hallazgos estos que no se describen en los informes de resultados de las mamografías efectuadas a la paciente en 2021 y en 2023.

Según coinciden en señalar todos los informes médicos recabados en el curso de la instrucción, en afirmaciones que no han sido controvertidas pericialmente por la perjudicada en el trámite de audiencia, el programa de cribado no es infalible en la detección de casos, pues la sensibilidad y especificidad de las mamografías no alcanza, en ningún caso, el 100 % y su fiabilidad para la detección precoz se ve especialmente disminuida en mujeres con tejido mamario denso o de patrón estructural complejo -como el que

presentaba la paciente en este caso- en los que la superposición del tejido fibroglandular puede llegar a enmascarar lesiones sutiles. En cualquier caso, como se explica en el informe librado por el servicio responsable, “las mamografías no identificarían alrededor del 10-20 % de los cánceres de mama que están presentes en el momento de los exámenes de detección (resultados falsos negativos)”. Por otra parte, como se destaca en el informe del servicio responsable, cuyas conclusiones confirma el librado a instancias de la aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, en las pruebas de cribado “no existían signos radiológicos claros de cáncer”. En la mamografía realizada en 2021, se apreciaron “microcalcificaciones dispersas”, ganglios axilares de “naturaleza inespecífica” e “imágenes nodulares” en la mama derecha. Para confirmar la benignidad de estas imágenes, a las que se otorgó la clasificación BIRADS 3 -esto es, “probablemente benigno”-, se pautó “complemento ecográfico según protocolo habitual”, como se destaca en la mencionada -y única- pericia incorporada al expediente. Las dudas existentes en cuanto a la benignidad de las imágenes se despejaron en la ecografía practicada el día 14 de diciembre de 2021, en la que se apreció que los hallazgos correspondían a “quistes simples”, según se refleja en el correspondiente informe ecográfico, por lo que se procedió a su reclasificación en la categoría 2 del sistema BIRADS, lo que implicaba proseguir con el esquema habitual de seguimiento, consistente en la realización de un nuevo control a los dos años, sin necesidad de realizar más pruebas confirmatorias de la benignidad de tales hallazgos. El 22 de noviembre de 2023, las mamografías no mostraban una variación significativa respecto de las imágenes previas, tal y como coinciden en destacar todos los informes médicos emitidos durante la instrucción del procedimiento, pues, como se expresa en la pericia librada a instancias de la compañía aseguradora, únicamente se apreciaba una “sutil variación en el número o distribución de las microcalcificaciones, sin cambios morfológicos de sospecha (pleomorfismo, agrupamiento irregular o extensión lineal)”, por lo que

“se envió el informe para que la usuaria continuase con los controles bienales del programa en el que estaba incluida”, según informa el servicio responsable.

No cabe obviar, como se expresa en los distintos informes médicos emitidos en el curso de la instrucción y, particularmente, en el librado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración sanitaria, que toda valoración radiológica *ex post* está condicionada por un “sesgo de revisión” que hace que los hallazgos adquieran “apariencia de obviedad una vez conocido el resultado clínico o histológico”, por lo cual, la valoración de la actuación médica “debe realizarse con los elementos disponibles en el momento de la lectura inicial, sin incorporar información posterior”. En efecto, como venimos señalando desde el inicio de nuestra función consultiva (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024), el hecho de que sea la situación clínica del paciente la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que también ha aludido el Tribunal Supremo en numerosas ocasiones (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.^a), la cual “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se consideren las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, debe acreditar que los

signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados. Sin embargo, tal acreditación brilla por su ausencia en el caso que analizamos.

Además, no puede perderse de vista que, según señala el perito de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias en su informe, se trataba de un caso de "complejidad radiológica y anatomopatológica", pues -incluso contemplándose la hipótesis diagnóstica de cáncer de mama metastásico-, en la exploración realizada el día 20 de enero de 2024, en interconsulta de Cirugía, se anota que "a nivel de mama derecha palpo nódulo no claramente definido a nivel retroareolar. CAP normal y sin alteraciones, no observo retracciones./ Axilar derecha grasa, sin que impresione de adenopatías palpables" (folio 38 de la historia Selene) y, posteriormente, en la biopsia dirigida con ecografía realizada cinco días después, tampoco se pudo obtener en la mama una muestra de tejido neoplásico.

En suma, la perjudicada no solo no ha acreditado la efectividad de gran parte de los daños, cuyo resarcimiento solicita, sino que, además, no ha realizado el mínimo esfuerzo probatorio dirigido a acreditar la actuación negligente a la que dirige su reproche. A falta de tal prueba, los únicos documentos de los que disponemos para formar nuestro juicio son los integrantes de su historia clínica, junto con los informes librados en el curso de la instrucción, los cuales coinciden en descartar que las imágenes de las pruebas de cribado evidenciaran un cáncer de mama o que, al menos, fueran sugestivas de la citada neoplasia con un grado de probabilidad suficientemente significativo, por lo cual, la mala praxis invocada no se acredita.

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.-