

Dictamen Núm. 134/2026

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 18 de junio 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 15 de abril de 2026 -registrada de entrada el día 22 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del error en el diagnóstico de su dolencia y el consiguiente retraso en la implementación del tratamiento adecuado.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. El día 28 de marzo de 2025, se presenta, a través del Registro Electrónico de la Administración General del Estado, un escrito por el que la interesada interpone una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias, por los daños derivados de un error en el diagnóstico de su dolencia y el consiguiente retraso en la implementación del tratamiento.

Expone que la paciente “en diciembre de 2019 presentó una neoformación craneal invasiva en región temporal izquierda de meses de

evolución. Una vez realizadas pruebas diagnósticas, se excluyeron enfermedades metastásicas, no mostrando las analíticas alteración reseñable. Realizada (resonancia magnética nuclear) craneal sugiere posibilidad de hemangiopericitoma por lo que es trasladada a Neurocirugía” del Hospital para abordaje terapéutico. Prosigue relatando que “en consulta, de 07-01-2020, previa a intervención, se diagnostica de posible meningioma, con lesión extraaxial temporal izquierda con invasión ósea y componente exofítico (...). El 27-01-20 es intervenida (...), persistiendo como diagnóstico la posibilidad de meningioma” y que “en junio de 2021 vuelve a ser intervenida para craneopatía del defecto óseo”.

Refiere que “continúa con sus revisiones periódicas y, en junio de 2024 comienza con dolores lumbares que la hacen acudir a los servicios sanitarios ya que no ceden a analgesia. En visita realizada al centro médico en septiembre de 2024, por lumbalgia según indican en dicho informe, se realiza Rx de columna lumbosacra 2p, observando actitud escoliótica lumbar de convexidad izquierda, así como la existencia de una pérdida de altura de espacio intervertebral L2/L3 en contexto de cambios degenerativos, por lo que se ajusta analgesia, sin pronunciarse en diagnóstico alguno, lo que es contrario a la *lex artis*, ni tampoco aparece relleno el apartado de ‘recomendaciones’ (...). Posteriormente, el 17-12-24, tiene que volver a solicitar atención sanitaria por la supuesta ‘lumbalgia’ ya diagnosticada, como se verá de forma errónea, en anteriores asistencias. En esta ocasión se limitan a transcribir antecedentes y exploración, ajustar medicación analgésica y recomendar seguimiento por su MAP. Diagnóstico: lumbociática (...). Visto que la situación y el dolor persiste, acude nuevamente pasados unos días, concretamente el día 21-12-24, siendo igualmente asistida con ajuste de analgesia sin más diagnóstico que lumbalgia irradiada, sin ahondar en la causa de la incapacidad y dolor que viene padeciendo, a pesar de tener acceso al historial de antecedentes médicos de la paciente y pese al empeoramiento del cuadro que no cede al tratamiento pautado”.

Indica que “al no cesar los dolores y no encontrar en la sanidad pública una solución, y siendo consciente de una posible deficiente asistencia sanitaria, no tiene más remedio que acudir a la sanidad privada, donde se realiza RNM el día 23-12-24, hallando lesión lumbar a nivel L2-L3, y con estos resultados obtenidos de forma privada, es cuando ingresada para estudio en Neurocirugía el 01-01-25, lo que hasta ese momento y con evidente demora no se había realizado./ Durante su ingreso se realiza TC donde observan metástasis pulmonares bilaterales de primario no filiado. Lesiones focales hepáticas (x2) también sospechosas de malignidad. Masa densa paravertebral derecha (L3) que invade el canal vertebral y erosiona estructuras óseas. Masa densa con calcificaciones en el fondo de saco de Douglas de etiología indeterminada, midiendo 33 mm, realizándose punción que denota tumor fibroso solitario (...). Como diagnóstico ya pasa de una simple ‘lumbalgia’, con evidente error de diagnóstico a tumor fibroso solitario en estadio IV y afectaciones importantes no diagnosticadas anteriormente por esta Administración sanitaria en perjuicio de la paciente”.

Mantiene que, “a la vista de los documentos e historial médico aportado, sí existe un evidente error diagnóstico reconocido en relación a las biopsias de la paciente y resto de asistencias y pruebas realizadas”, que “este error diagnóstico y deficiente asistencia médica recibida, debe ser considerado una mala praxis médica, ya que llevó a un diagnóstico incorrecto durante varios años. Es importante resaltar que dicho informe reconoce explícitamente el error cometido, lo que ha perjudicado notablemente a dicha paciente, y a su posibilidad de tratamiento y atención médica adecuada”.

Cuantifica la indemnización reclamada en trescientos cincuenta mil euros (350.000 €).

Adjuntan a su escrito, entre otros documentos, copias de diferentes informes médicos relativos al proceso de referencia.

2. Mediante oficio de la Jefatura de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, fechado a 8 de abril de 2025, se pone en

conocimiento de la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento, la designación de instructor y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Como respuesta a la previa solicitud formulada por el Instructor, mediante escrito de la Gerencia del Área Sanitaria, fechado a 30 de abril de 2025, se incorporan al expediente la historia clínica de la paciente y los informes de los servicios de Anatomía Patológica y de Oncología Médica del Hospital

El informe del Servicio de Anatomía Patológica expone que “el diagnóstico diferencial entre tumor fibroso solitario y meningioma atípico de grado II-III es un reto técnico, científico y diagnóstico para todos los patólogos y neuropatólogos experimentados, debido al solapamiento morfológico e inmunofenotípico y a las biopsias que en muchas ocasiones son escasas para demostrar todos los patrones del tumor. La reclasificación del tumor (...) no implica que se hayan hecho las cosas de manera contraria a la *lex artis*, sino que es una aplicación de avances científicos posteriores al caso de la primera biopsia, añadiéndose que se trata de un caso que desde el punto de vista radiológico fue también informado como meningioma y no como tumor fibroso solitario”.

El informe del Servicio de Oncología Médica indica que tienen “conocimiento del caso una vez se ha realizado el diagnóstico de tumor fibroso solitario en estadio IV, momento en el que se solicita valoración por parte de este Servicio”, que “desde la primera visita (...) se puso a su disposición tratamiento estándar y derivación a CSUR donde estuvieron de acuerdo en el manejo”, que “se ha iniciado tratamiento con pazopanib con buena tolerancia” y que “actualmente ya ha realizado estudio de imagen de evaluación de respuesta donde se observa estabilización volumétrica de la enfermedad”.

4. Con fecha 22 de enero de 2026, se incorporan al expediente dos periciales promovidas por la aseguradora de la Administración: una suscrita por un

especialista en Oncología Médica y otra suscrita por una especialista en Anatomía Patológica.

La pericial elaborada por el especialista en Oncología Médica tras realizar un resumen de la historia clínica y unas consideraciones médicas sobre el meningioma y el tumor fibroso solitario, considera que “el tratamiento del meningioma es quirúrgico, estando indicada la radioterapia en caso (de) restos tumorales presentes tras la cirugía. La paciente ha sido tratada de forma adecuada conforme a la información de la anatomía patológica existente en ese momento./ El comportamiento del meningioma atípico es de presentar cierta tendencia a la recidiva local, que es lo que ocurre en el caso de nuestra paciente, presentando recidivas locales que requieren nuevamente cirugía”. A la vista de lo anterior, concluye que, “revisadas las biopsias de las cirugías anteriores de las lesiones descritas como meningioma, se llega a la conclusión que los tumores leptomeníngeos resecados eran tumores fibrosos solitarios./ Según la literatura médica, el diagnóstico histológico entre el tumor fibroso solitario y el meningioma atípico es complejo y supone un reto por su similitud, especialmente en el caso de los tumores fibrosos solitarios de localización leptomeníngea, dado que son tumores altamente celulares y de características similares./ De haber sido definida la biopsia en 2020 como tumor fibroso solitario, el manejo de la lesión hubiera sido el mismo, tratamiento quirúrgico, dado que el tratamiento de radioterapia adyuvante en estos tumores no incrementa la supervivencia global de los pacientes (...). Lo mismo que en el meningioma atípico, el tumor fibroso solitario se caracteriza por presentar recidivas locales y en algunos casos metastásicas a distancia./ La confusión diagnóstica no condicionó el tratamiento recibido, que hubiera sido el mismo, ni se hubiera podido anticipar el riesgo de recidivas locales, dado que en ambos tumores, este riesgo es evidente./ Desde el punto de vista de supervivencia, la confusión diagnóstica no ha condicionado una pérdida de oportunidad a la paciente, dado que la supervivencia de los meningiomas grado II de la OMS a los 5 y 10 años es del 80 y 63 %, respectivamente, y en el caso de los tumores fibrosos solitarios de localización meníngea, 80 y 54 %./ El pronóstico del

meningioma es más favorable que el de los tumores fibrosos solitarios, pero esto no ha ocasionado una pérdida de oportunidad a la paciente./ La toxicidad que ha presentado la paciente en relación a las cirugías de las lesiones definidas como meningioma, no está relacionada con el tipo de tumor, sino con el procedimiento, que es el indicado para ambos tipos tumorales”.

La pericial elaborada por la especialista en Anatomía Patológica expone que “en base a toda la documentación analizada y a la revisión de la literatura científica de las neoplasias mesenquimales del sistema nervioso central, la praxis del personal médico fue bien intencionada y correcta en todas las actuaciones sanitarias. La paciente tuvo acceso a las cirugías, controles y manejo terapéutico acordes a como se iba comportando la enfermedad./ No existe pérdida de oportunidad, ya que se han realizado las intervenciones necesarias a medida que la neoplasia progresaba en su comportamiento maligno./ Aunque existe un fallo de tipificación anatomopatológica inicial, el manejo de ambas entidades, meningioma atípico y tumor fibroso solitario, es quirúrgico inicialmente y en sus recidivas. El tratamiento con radioterapia se reserva si no es posible resear quirúrgicamente la neoplasia primaria o sus recidivas./ No hay evidencia de mala praxis médica o negligencia, ya que en ningún momento se puede detectar intención de realizar un mal procedimiento o abordaje médico./ La falta de perfección absoluta en la clasificación de un tipo tumoral no puede ser interpretada como mala praxis. Casi todos los centros sanitarios de España, incluidos los grandes hospitales de Madrid y Barcelona, carecen de los medios completos necesarios actualmente para el diagnóstico absolutamente inequívoco de los miles de tipos y subtipos de neoplasias conocidas, ya que la discreta disponibilidad económica no permite tener acceso a todos los marcadores inmunohistoquímicos, estudios genéticos y paneles génicos de secuenciación masiva que son ideales hoy en día para diagnósticos anatomopatológicos acertados en un 100 % de los casos, del mismo modo que no existe una máxima disponibilidad de fármacos y terapias dirigidas para manejos oncológicos completamente óptimos”.

5. Mediante oficio notificado el 16 de febrero de 2026, el Instructor comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntando una copia, en formato electrónico, de los documentos obrantes en el expediente.

6. El día 6 de marzo de 2026, un abogado que asegura actuar en nombre de la interesada presenta un escrito de alegaciones, en el que se ratifica en el escrito de reclamación patrimonial y en toda la documentación médica aportada y considera que “todo ello acredita un error diagnóstico mantenido durante años respecto de la verdadera naturaleza tumoral (TFS vs. meningioma) y un curso evolutivo hacia enfermedad metastásica diseminada, con pérdida de oportunidad terapéutica y graves daños para la paciente”.

Igualmente, indica que “el diagnóstico inicial fue incorrecto y se mantuvo durante varios años, condicionando toda la estrategia terapéutica y el enfoque pronóstico” y que “existían elementos histológicos e inmunohistoquímicos (hipercelularidad, mitosis elevadas, necrosis, patrón ‘hemangiopericitoma-like’) que, combinados con la evolución clínica y radiológica, debieron al menos generar sospecha razonable de entidad distinta al meningioma típico, exigiendo un estudio más profundo o incluso segunda opinión especializada en tumores mesenquimales” del sistema nervioso central.

En relación con la pericial practicada, advierte que “pretende minimizar este error señalando el ‘solapamiento morfológico e inmunofenotípico’ entre meningioma atípico y TFS leptomeníngeo y el uso no generalizado de STAT6 antes de 2024. Sin embargo (...) el solapamiento diagnóstico no excluye la obligación de agotar los medios razonables disponibles y de revisar el caso ante recidivas repetidas, alto índice proliferativo (Ki-67 elevado) y comportamiento clínico agresivo” y añade que “el propio informe adicional indica que, a la luz de la nueva biopsia y del contexto clínico, las muestras anteriores también son consistentes con TFS, lo que evidencia que, ya con la tecnología y paneles disponibles en el propio centro, hubiera sido posible orientar correctamente el diagnóstico con mayor diligencia y anticipación./ Por tanto, el error diagnóstico no es un mero matiz académico, sino un incumplimiento de la *lex artis* en la

obligación de diagnóstico correcto y actualización diagnóstica ante la evolución desfavorable de la paciente”.

Finalmente, razona que “el error diagnóstico prolongado ha supuesto tratar durante años una neoplasia mesenquimal agresiva como si se tratara de un meningioma atípico, con la consiguiente relajación en cuanto a sospecha metastásica y opciones terapéuticas sistémicas./ En un tumor de pronóstico limitado y potencialmente metastatizante, cada retraso en el diagnóstico correcto y en la adecuación del tratamiento disminuye las posibilidades de control de la enfermedad y de supervivencia, constituyendo una clara pérdida de oportunidad./ La pérdida de oportunidad, en materia sanitaria, no exige la certeza de que el resultado hubiera sido diferente, sino la razonable probabilidad de haber mejorado el pronóstico o la calidad de vida del paciente, probabilidad que en este caso ha sido seriamente menoscabada por el error diagnóstico prolongado”.

7. Con fecha 20 de marzo de 2026, el Instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, concluye que “el meningioma grado II de la OMS diagnosticado en el año 2020 y el tumor fibroso solitario comparten muchas características morfológicas. Uno de los marcadores histoquímicos disponibles en ese momento (EMA) era muy típico del meningioma y no se disponía en ese momento del marcador SSTR2 (específico para el meningioma), que apareció en el año 2024 y el STAT6 (marcador definitivo del tumor fibroso solitario) no estaba actualizado en el año 2020. No ha existido mala praxis en el diagnóstico, sino que la aplicación de los progresos científicos posteriores al primer diagnóstico, hicieron que se llegase al diagnóstico definitivo del tumor fibroso solitario” y que “no ha existido pérdida de oportunidad terapéutica. De haberse realizado el diagnóstico de tumor fibroso solitario en un primer momento, el tratamiento hubiese sido el mismo que se realizó (tratamiento quirúrgico y radioterapia) y el pronóstico similar, no existiendo tratamiento quimioterápico eficaz para el tumor fibroso solitario”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de abril de 2026, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia 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 Consultivo, 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), la reclamante se halla activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que motivaron la reclamación.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la

indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el expediente aquí examinado, la reclamación se presenta el día 28 de marzo de 2025 y, entre la documentación clínica remitida, figura un informe clínico de consulta externa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Central de Asturias (folios 40 a 44 del expediente), fechado a 4 de febrero de 2025, en el que consta que se le hace saber a la paciente, tras obtener su anuencia, el diagnóstico principal de “tumor fibroso solitario maligno de leptomeninges grado 3, estadio IV”. Así las cosas, cabe concluir que la acción resarcitoria resulta tempestiva, al haberse interpuesto la reclamación 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.

Dicho esto, 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- 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 la interesada reclama una indemnización por los daños derivados de un error en el diagnóstico de su dolencia y el consiguiente retraso en la implementación del tratamiento.

La documentación clínica incorporada al expediente pone de manifiesto la efectividad de un daño. No obstante, 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, necesariamente, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que, eventualmente, pueda sufrir 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 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 dispensado 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, 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 defectuoso diagnóstico ni un error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019), 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, *per se*, 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.

En el asunto sometido a consideración, el escrito inicial de reclamación mantiene que “existe un evidente error diagnóstico reconocido en relación a las biopsias de la paciente y resto de asistencias y pruebas realizadas”, que “debe ser considerado una mala praxis médica, ya que llevó a un diagnóstico incorrecto durante varios años” y que se “ha perjudicado notablemente a dicha paciente y a su posibilidad de tratamiento y atención médica adecuada”. Por otra parte, ya en trámite de audiencia, se sostiene que “existían elementos histológicos e inmunohistoquímicos (hipercelularidad, mitosis elevadas,

necrosis, patrón 'hemangiopericitoma-like') que, combinados con la evolución clínica y radiológica, debieron al menos generar sospecha razonable de entidad distinta al meningioma típico, exigiendo un estudio más profundo o incluso segunda opinión especializada en tumores mesenquimales" del sistema nervioso central, que el error diagnóstico supone "un incumplimiento de la *lex artis* en la obligación de diagnóstico correcto y actualización diagnóstica ante la evolución desfavorable de la paciente" y su prolongación "ha supuesto tratar durante años una neoplasia mesenquimal agresiva como si se tratara de un meningioma atípico, con la consiguiente relajación en cuanto a sospecha metastásica y opciones terapéuticas sistémicas", que "en un tumor de pronóstico limitado y potencialmente metastatizante, cada retraso en el diagnóstico correcto y en la adecuación del tratamiento disminuye las posibilidades de control de la enfermedad y de supervivencia, constituyendo una clara pérdida de oportunidad" y que "la pérdida de oportunidad, en materia sanitaria, no exige la certeza de que el resultado hubiera sido diferente, sino la razonable probabilidad de haber mejorado el pronóstico o la calidad de vida del paciente, probabilidad que en este caso ha sido seriamente menoscabada por el error diagnóstico prolongado".

Vista la posición de quien reclama, cabe descender al fondo del asunto a la luz de la restante información obrante en el expediente.

En primer lugar, resulta insoslayable subrayar que, pese a interesar a quien reclama la prueba de las alegaciones que sostiene (por todos, Dictámenes Núm. 21/2025 y 147/2025), la reclamante no ha promovido actividad probatoria alguna, por lo que las afirmaciones que se realizan sobre la existencia de mala praxis solo hallan sustento en su particular opinión sobre la materia. Frente a ello, se han incorporado informes de los servicios de Anatomía Patológica y de Oncología Médica del Hospital y dos periciales promovidas por la aseguradora de la Administración, elaboradas por especialistas en Oncología Médica y en Anatomía Patológica. Así las cosas, tal y como ya venimos advirtiendo (por todos, Dictamen Núm. 161/2025), este Consejo -que ha de resolver con base en la documentación remitida- se ve

compelido a formar su convicción, en extremos de naturaleza técnico-médica, a partir de la documentación incorporada por la Administración y, como es el caso, por su aseguradora.

En segundo lugar, en lo referente a un eventual error o retraso en el diagnóstico, debemos partir siempre de que la *lex artis* asistencial aplicable a la fase de diagnosis no impone al servicio público la obligación de alcanzar un juicio cierto e inmediato sobre la enfermedad, sino que tan solo obliga a que se empleen los medios, humanos y materiales disponibles en cada momento para llegar al diagnóstico preciso, en función de los síntomas que los pacientes manifiestan en ese instante. De esta forma, y como venimos señalando de forma constante, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* -al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria- el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictámenes Núm. 269/2023 y 110/2025).

Sentado lo anterior, el informe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital señala que “el diagnóstico diferencial entre tumor fibroso solitario y meningioma atípico de grado II-III es un reto técnico, científico y diagnóstico para todos los patólogos y neuropatólogos experimentados, debido al solapamiento morfológico e inmunofenotípico y a las biopsias que en muchas ocasiones son escasas para demostrar todos los patrones del tumor” y que “la reclasificación del tumor (...) es una aplicación de avances científicos posteriores al caso de la primera biopsia, añadiéndose que se trata de un caso que desde el punto de vista radiológico fue también informado como meningioma y no como tumor fibroso solitario”.

En similar sentido se pronuncia la pericial elaborada por la especialista en Anatomía Patológica que aporta la aseguradora, manteniendo que “la paciente tuvo acceso a las cirugías, controles y manejo terapéutico acordes a como se iba comportando la enfermedad”, que “la falta de perfección absoluta en la clasificación de un tipo tumoral no puede ser interpretada como mala praxis” y que “casi todos los centros sanitarios de España (...) carecen de los medios

completos necesarios actualmente para el diagnóstico absolutamente inequívoco de los miles de tipos y subtipos de neoplasias conocidas, ya que la discreta disponibilidad económica no permite tener acceso a todos los marcadores inmunohistoquímicos, estudios genéticos y paneles génicos de secuenciación masiva que son ideales hoy en día para diagnósticos anatomopatológicos acertados”.

Por otra parte, la pericial elaborada por el especialista en Oncología Médica afirma que “el comportamiento del meningioma atípico es de presentar cierta tendencia a la recidiva local, que es lo que ocurre en el caso de nuestra paciente, presentando recidivas locales que requieren nuevamente cirugía” y concluye que la paciente “ha sido tratada de forma adecuada conforme a la información de la anatomía patológica existente en ese momento”. Con base en contribuciones bibliográficas que menciona, sostiene que “el diagnóstico histológico entre el tumor fibroso solitario y el meningioma atípico es complejo y supone un reto por su similitud especialmente en el caso de los tumores fibrosos solitarios de localización leptomeníngea dado que son tumores altamente celulares y de características similares”.

La información médica reseñada en líneas precedentes permite afirmar que se ha producido un error de diagnóstico que no se discute, en cuanto a su existencia, pero su vinculación a una mala praxis médica, como sostiene la reclamación, resulta cuestionable. Por lo pronto, el diagnóstico histológico diferencial entre tumor fibroso solitario -en particular, los de localización leptomeníngea- y meningioma atípico resulta ser una tarea no solo harto compleja (tendencia a la recidiva en ambos casos y “solapamiento morfológico e inmunofenotípico”), sino también fuertemente dependiente de los avances técnicos y de la siempre limitada capacidad económica del servicio público sanitario para su incorporación; añádase a todo ello, lo señalado por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, acerca de que, en este caso, el análisis radiológico también se concluyó con un diagnóstico de meningioma y no de tumor fibroso solitario.

En tal tesitura, la información clínica a la que hemos tenido acceso y las opiniones de los diferentes especialistas que han intervenido en el expediente nos llevan a estimar que, en este caso, se han empleado -con independencia del resultado alcanzado- los recursos humanos y materiales disponibles en cada momento con la finalidad de obtener un adecuado diagnóstico. Siendo esto así, no cabe apreciar mala praxis.

En tercer y último lugar, aun cuando no podría imputarse a la Administración sanitaria el daño sufrido por la paciente -porque la práctica médica aplicada se revela correcta, con arreglo al estado de conocimientos y técnicas disponibles en el momento-, las opiniones de los facultativos intervinientes en el procedimiento descartan una eventual pérdida de oportunidad terapéutica para la paciente. Así, la pericial elaborada por el especialista en Oncología Médica mantiene que, “desde el punto de vista de supervivencia, la confusión diagnóstica no ha condicionado una pérdida de oportunidad a la paciente, dado que la supervivencia de los meningiomas grado II de la OMS a los 5 y 10 años es de 80 y 63 %, respectivamente, y en el caso de los tumores fibrosos solitarios de localización meníngea, 80 y 54 %”. Por su parte, la pericial suscrita por la especialista en Anatomía Patológica sostiene que “no existe pérdida de oportunidad, ya que se han realizado las intervenciones necesarias a medida que la neoplasia progresaba en su comportamiento maligno”, que “aunque existe un fallo de tipificación anatomopatológica inicial, el manejo de ambas entidades, meningioma atípico y tumor fibroso solitario, es quirúrgico inicialmente y en sus recidivas” y que “el tratamiento con radioterapia se reserva si no es posible resear quirúrgicamente la neoplasia primaria o sus recidivas”.

En definitiva, las consideraciones vertidas en la documentación médica incorporada al expediente no evidencian que concurriese mala praxis y tampoco la reclamante ha alcanzado a probar una eventual infracción de la *lex artis*. Y es que, según ya indicamos en líneas precedentes, el servicio público sanitario asume una obligación de medios y no de resultados, por lo que no puede imputarse a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente

pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta, según el estado de conocimientos y técnicas disponibles en ese momento. Así las cosas, la reclamación presentada no debería prosperar.

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.-