

En Logroño, el 30 de junio de 2026, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; de las Consejeras, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, D.^a M.^a Belén Revilla Grande y D.^a M.^a Concepción Arruga Segura; del Consejero, D. Adolfo Alonso de Leonardo-Conde; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, siendo ponente D.^a M.^a Concepción Arruga Segura, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

39/26

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales, en relación con el procedimiento administrativo de *Responsabilidad patrimonial sanitaria por retraso de diagnóstico de un adenocarcinoma de próstata (340.000 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 30 de septiembre de 2025, y con registro de entrada del día 16 de octubre del mismo año, el reclamante, presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Riojano de Salud (en adelante, SERIS) conforme a los siguientes hechos:

“PRIMERO.- [El reclamante], fue intervenido en el Hospital «Quirónsalud» de Leioa (Bizkaia), el día 28 de Noviembre de 2024, mediante prostatectomía radical robótica por presentar un adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4, resultando del Informe de Anatomía Patológica de fecha 13 de diciembre de 2024 la existencia de adenocarcinoma prostático Gleason 7 (3+4) afectando a «Ápex y lóbulo izquierdo» contactando la lesión con el margen apical izquierdo y no existiendo evidencia de extensión extraprostática.

SEGUNDO.- Lo singular del presente caso es que el [el reclamante], diagnosticado en una fase tardía de su enfermedad («Lesión contacta con el margen apical»), tiene una muy larga historia urológica en el Servicio Riojano de Salud: desde 2012 hasta 2024, sin que a pesar de ello se llegara a alcanzar el

diagnóstico en el sistema de salud pública riojano por errores de protocolo que, de no haberse producido, habrían permitido un diagnóstico tumoral en un estadio más precoz, lo que hubiera repercutido muy positivamente en las posibilidades de tratamiento del paciente y en su posible curación. Piénsese que -tras 12 años- el diagnóstico se ha alcanzado, como detallaremos más abajo, en un hospital de la red de sanidad privada (Hospital Quirón Bizkaia) al que el paciente se vio obligado a acudir ante las dilaciones reiteradas de los dependientes de esa Administración sanitaria.

TERCERO.- A fin de resumir el proceso padecido por [el reclamante], iniciaremos nuestro relato fáctico cuando el paciente -que contaba entonces 63 años- presenta la primera determinación elevada de PSA en la analítica realizada el 31 de Octubre de 2022: PSA 5,05 ng/mL e Índice 10,4%.

-Tras ella, el 7 de Noviembre de 2022 su MAP solicita derivación al Servicio de Urología, donde -es recibido en primera consulta el 5 de Diciembre de 2022 en la que firma el documento de Consentimiento Informado para la realización de la primera Resonancia Magnética Pélvica que fue practicada el 28 de Febrero de 2023.

-El 6 de Marzo de 2023 -en segunda consulta de Urología- se comunica al paciente el Informe sobre la RMN de próstata que le fue realizada donde consta que:

«En el cuadrante posterior del ápex del LI se observa una lesión nodular de bordes irregulares y mal definidos de 17 x 12 mm. Es marcadamente hipointensa en T2 con intensa restricción de difusión. PI RADS 5».

...

El Urólogo interviniente solicita ese día -6 de Marzo de 2023- la realización de una biopsia de próstata -con Alta Prioridad (en un plazo menor a 30 días), si bien aún a pesar de la solicitud del paciente a la Defensora del Usuario de Salud no se practicó hasta el día 19 de Mayo de 2023 y resultando el Informe de fecha 24 de Mayo de 2023 (comunicado telefónicamente a [el reclamante] el 29 de Mayo de 2023): «Sin evidencia de malignidad».

CUARTO.- En posterior consulta de Urología, el Dr. [1] indica al paciente que no tiene ningún tumor sino tan sólo una hiperplasia benigna de próstata, ante lo que el hoy reclamante responde que la RMN de 28/02/2023 indicó la existencia de una lesión PIRADS 5 y que, ante la contradicción entre las dos pruebas, parecería necesario una nueva prueba que «descarte» la existencia de un posible cáncer de próstata, a lo que el Dr. [1] se niega manifestando «confío más en la biopsia que en la resonancia», a pesar de que ésta no fue una biopsia por fusión, dando por concluida la consulta, sin tratamiento ni pauta ninguna.

El día 30 de Octubre de 2023, [el reclamante] acude a una nueva consulta de Urología con el Dr. [2]. En esa fecha su PSA es de 4,39 ng/mL. y el Índice de 13,2%. El Dr. [1] indica que «va bien» a pesar de que en el propio informe consta que si el índice es inferior a 20% se recomienda biopsia guiada. El paciente vuelve a manifestar sus dudas sobre la negatividad de la biopsia previa, pero el Urólogo desoye su manifestación y le cita a consulta en 6 meses.

El 29 de Abril de 2024 el paciente regresa a la consulta del urólogo Dr. [1], quien ante el informe de PSA 5.76 ng/mL e índice 10.9% (y otra analítica anterior de fecha 12 de Febrero 2024 con PSA 5,75 ng/ml e Índice 11,3%) le indica inicialmente la necesidad de hacer una nueva resonancia magnética pero, dado que el paciente había presentado síntomas compatibles con infección de orina, decide no pautar dicha exploración y dar tratamiento con «Serequir».

El 15 de Julio de 2024, en nueva consulta de Urología, el Dr. [1] comenta a su paciente que el

tratamiento con «Serequir» no ha funcionado bien (?), y solicita la realización de RMN «con prioridad normal» a pesar de que [el reclamante] le ruega que la solicitud tenga carácter urgente. En la analítica previa a la consulta -realizada el 24 de Junio de 2024- el PSA se ha elevado a 7,64 ng/ml y el Índice está en 10%.

El día 31 de Agosto de 2024 se practica al paciente la RMN solicitada por el Dr. [1] el día 15 de Julio.

QUINTO.- El día 2 de Septiembre de 2024 se emite el Informe de la RMN -2P RMN realizada en el Servicio Riojano de Salud- que informa de:

Área de 28 mm, situada en la zona periférica, lóbulo izquierdo con leve extensión derecha, región apical, segmentos anteriores y posteriores, hipointensa en T2, que muestra una marcada restricción a la difusión (PIRADS 5).

La lesión en su porción más caudal contacta íntimamente con el esfínter uretra, externo entre las horas 11 y 6 (posición supina). En caso de confirmación anatomopatológica para malignidad existiría alta probabilidad de invasión extracapsular (puntuación 4/5 ESUR).

...

El día 18 de Septiembre de 2024, el paciente recibe notificaciones desde el Servicio de Urología donde se le cita a consulta para el 8 de Octubre de 2024. Se le comunica igualmente, sin explicación de ningún tipo, que le han cambiado de especialista en Urología aun estando pendientes los resultados de la RMN”.

2. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, el reclamante denuncia que se ha producido “un retraso de 5 semanas en conocer el Informe de RMN”.

“El [reclamante] acude al Servicio de Atención al Paciente donde no entienden el retraso ni el cambio de especialista. Se niegan a entregarle el Informe de la RMN y le dan comunicación escrita citándole para el 8 de Octubre con otro Urólogo, el Dr. [3], sin explicación ninguna sobre el cambio de especialista.

Ante esta situación, que implica un retraso de 5 semanas en conocer el Informe de RMN que acreditaba, una vez más, la existencia con muy alta probabilidad de un cáncer de próstata, el paciente comprende que le están haciendo perder un tiempo precioso y que debe buscar una solución, necesariamente, en la medicina privada, por lo que el 30 de Septiembre acude a Bilbao a la consulta del reputado Urólogo Dr. [4] donde se le practica una analítica y se le recomienda la realización de una biopsia por fusión.

Paralelamente, es visto en consulta por el Dr. [3] quien le informa de que en el Hospital San Pedro de Logroño carecen de medios para realizar una biopsia por fusión. Ante la pregunta de [el reclamante] sobre si recomendaría hacer una biopsia por fusión, responde que sí y añade que debe hacérsela cuanto antes. Tras esa consulta, le es entregado en el Servicio de Atención al Paciente el Informe de la RMN que el fuera realizada el 31 de Agosto de 2024.

Tras esto, el día 10 de Octubre de 2024 se practica en el Hospital Quirón Salud de Leioa (Bizkaia) la biopsia por fusión cuyo Informe le es entregado el 18 de Octubre de 2024, resultando la existencia de un adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4) con invasión perineural.

...tras el preoperatorio pertinente y la firma de los correspondientes documentos de consentimiento informado, fue intervenido en el Hospital «Quirónsalud» de Leioa (Bizkaia), el día 28 de Noviembre de 2024, mediante prostatectomía radical robótica, resultando del Informe de Anatomía Patológica de fecha 13 de Diciembre de 2024 la existencia de adenocarcinoma prostático Gleason 7 (3+4) afectando a «Ápex y lóbulo izquierdo» contactando la lesión con el margen apical izquierdo y no existiendo evidencia de extensión extraprostática. Recibe el alta hospitalaria el día 1 de Diciembre de 2024 y el 18 de Diciembre de 2024 la retirada completa de grapas”.

3. El reclamante considera que se ha producido un funcionamiento anormal de la Administración Sanitaria, con vulneración de la *lex artis*, por lo que reclama una indemnización por responsabilidad patrimonial por los siguientes daños que describe:

“-En Febrero de 2023, la RMN mostraba una lesión nodular de bordes irregulares y mal definidos de 17x12 mm, marcadamente hipointensa en T2 sugestiva de lesión tipo PIRADS 5 y, sin embargo, la biopsia de Marzo de 2023 -que no fue una biopsia por fusión- resultó negativa a pesar de que la zona sospechosa de cáncer en próstata era relativamente grande.

-La RMN de 31 de Agosto de 2024, mostró un área sospechosa de cáncer -PIRADS 5- de mayor tamaño y en el mismo lugar que la anterior de Febrero de 2023, ya que medía entonces 28 mm, presentaba alta posibilidad de afectación extracapsular y la lesión estaba en contacto con el esfínter uretral externo entre las 11 y 6 hs.

-Que, ante el retraso de 5 semanas en la entrega del Informe de esa segunda RMN que reiteraba la muy alta probabilidad de cáncer, [el reclamante] se ve obligado a acudir a la red privada de salud, donde se le practica una biopsia por fusión que resulta ser positiva para adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4) exactamente en el lugar marcado por la resonancia como sospechoso.

-Que ante ello se practicó al paciente una prostatectomía radical robótica en el Hospital «Quirónsalud» de Leioa (Bizkaia), resultando de la pieza extirpada la existencia de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4) en el lugar marcado por la resonancia como sospechoso y diagnosticado como tumoral en las biopsias.

-Que la lesión tumoral contactaba con el margen apical izquierdo del borde quirúrgico lo que no permite asegurar que se haya extirpado completamente la neoplasia y que la posibilidad de reaparición del tumor a 5 años es el doble en los pacientes que tienen bordes quirúrgicos positivos, lo que probablemente obligará a realizar radioterapia del lecho quirúrgico si presenta elevación del PSA con los consiguientes efectos adversos que pudiesen derivar de ese tratamiento.

-Que desde la primera RMN de Febrero 2023 hasta la segunda RMN de 31 de Agosto de 2024 en la que se aprecia casi duplicación del volumen tumoral transcurrieron 19 meses lo cual representa una retraso terapéutico intolerable que fue causa de ese crecimiento tumoral.

-Que, en definitiva, la localización de la lesión MUY sospechosa de malignidad (PIRADS 5) vista en la RMN de Febrero 2023 concuerda exactamente con la localización de la lesión MUY sospechosa de malignidad (PIRADS 5) de la RMN de 31 de Agosto de 2024 -si bien esta última con el tamaño duplicado- y concuerda exactamente con la localización donde la biopsia demostró la existencia de cáncer y exactamente con la misma localización en la pieza de prostatectomía radical”.

Considera, en síntesis, el reclamante que:

“desde que la lesión MUY sospechosa de cáncer vista en Febrero de 2023 hasta la extirpación de la neoplasia en Noviembre 2024 pasaron un total de 21 meses, y que durante ese período se produjo un aumento de tamaño (perfectamente demostrable con las RMNs) que complicó la extirpación completa del cáncer, lo que se evidencia observando que la pieza de prostatectomía radical mostró un borde positivo para tumor, y ello incrementa las posibilidades de recidiva tumoral, posiblemente obligue a realizar tratamientos complementarios e incluso reduce las expectativas de supervivencia del paciente. Existía tumor cuando se hizo la biopsia en Mayo de 2023 y, por tanto, el retraso diagnóstico es achacable a una biopsia de próstata deficiente, a que no se realizó «biopsia por fusión», y agravado por el retraso en repetir la RMN y el inexplicable cambio de especialista cuando se apreció en dicha RMN que el tumor había aumentado de tamaño”.

4. Mediante otrosí en su reclamación, se propone como medio de prueba la *“remisión de copia completa de la historia clínica del paciente en el Hospital San Pedro de Logroño”* al que habrán de unirse *“los preceptivos informes de los servicios que determina la ley”*. No aporta documentación complementaria alguna a su reclamación.

Segundo

Mediante resolución de la Secretaría General Técnica (en adelante, SGT) de Salud y Políticas Sociales, de fecha 31 de octubre de 2025, se acordó iniciar el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por el reclamante, con efectos del día 28 de octubre de 2025.

Asimismo, se nombró instructor del procedimiento, a quien se dio traslado de la resolución de inicio junto con el resto de la documentación.

Tercero

A instancias del instructor, el Servicio de Coordinación Jurídica del SERIS remitió, para su incorporación al expediente, los siguientes documentos:

“-Cuantos antecedentes consten acerca de la asistencia prestada [al paciente].

-Copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente.

-En particular, informe de los sanitarios intervinientes acerca de la asistencia prestada [al paciente].

-En general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión del reclamante”.

Cuarto

El 14 de noviembre de 2025 el Servicio de coordinación Jurídica del SERIS remite al instructor la documentación solicitada junto a los informes de los médicos que asistieron al paciente.

Quinto

Obra igualmente en el expediente el dictamen médico pericial realizado -a instancias de la Administración Autonómica- de fecha 29 de diciembre de 2025 por un doctor Especialista en Urología, para “*Criteria Médica. Insurance Claims & Loss Adjusters*” (CRITERIA). Este informe concluye que:

“-El proceso diagnóstico desarrollado entre el 5-12-22 y el 29-5-23 (repetición de PSA, realización de RMN y de biopsia de próstata) se considera correcto y ajustado a las recomendaciones de la Guía Clínica.

-El seguimiento con PSA después de la negatividad de la biopsia se considera correcto, citándose el paciente en 4 meses, pero no se había realizado el PSA y se prolongó a 5 meses. No existe una recomendación específica en las Guías Clínicas sobre cuando repetir el PSA después de biopsia negativa, pero en la práctica clínica habitual se realiza cada 4-6 meses.

-En la consulta del 30-10-23 el PSA había disminuido y por lo tanto no cumplía con los requisitos para repetir la biopsia. Correctamente se solicitó nuevo control de PSA en 6 meses.

-En la consulta del 29-4-24 al referir un episodio de prostatitis (elevación PSA) se solicitó, de forma correcta, un nuevo PSA que se realizó en 3 meses. Ante la elevación del PSA se solicitó un RM (Resonancia magnética) y posterior re-biopsia de próstata. La Guía Clínica recomienda la realización de una RMN antes de la realización de una re-biopsia.

-El paciente prefirió acudir a la Sanidad Privada dónde fue diagnosticado de un cáncer de próstata y se le realizó una prostatectomía laparoscópica asistida por robot.

-La existencia de un margen quirúrgico positivo muy probablemente incisional es ocasionado por el urólogo al incidir a través de la próstata y no por fuera de ella, ya que el tejido graso periprostático estaba libre de tumor. No está relacionado con la progresión tumoral por un supuesto retraso diagnóstico.

-Del estudio de la documentación aportada se puede deducir que la asistencia prestada (al paciente) fue totalmente correcta, ajustándose al «estado del arte» de la medicina y cumpliendo con la «Lex Artis ad hoc»”.

Sexto

Por su parte, del informe de la Inspección médica se desprenden las siguientes consideraciones médicas:

“-Los programas de cribado de cáncer de próstata a nivel poblacional no han demostrado que sus beneficios superen a los efectos secundarios provocados por las intervenciones sobre pacientes sobretratados. Por ello, se recomienda el cribado individual mediante determinación de PSA (Prostate-Specific Antigen) a los hombres:



- Mayores de 50 años.
- Mayores de 45 años si tienen antecedentes familiares de cáncer de próstata.
- Mayores de 45 años de descendencia africana.
- Mayores de 40 años portadores conocidos de mutaciones del gen BRCA2.

Siempre debe explicarse los potenciales riesgos y beneficios del cribado para su decisión personal e individual.

*-La prueba diagnóstica principal para el diagnóstico de cáncer de próstata es la determinación de PSA, una enzima secretada por las células epiteliales de la próstata que llega en una pequeña proporción a la sangre. Es un marcador único de la próstata pero que se puede elevar en otras patologías prostáticas como la hiperplasia benigna de próstata o la prostatitis. Por este motivo se considera **un marcador muy sensible pero poco específico para el cáncer de próstata**. ... La determinación del cociente **PSA libre/total tiene baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de cáncer de próstata por sí mismo y siempre debe combinarse con otro método diagnóstico**.*

*-El diagnóstico definitivo de cáncer de próstata es histológico, por lo que exige biopsia. Si se sospecha que el tumor está confinado en la próstata es recomendable realizar RM previamente a biopsia, pero puede estar indicado realizar biopsia directa en sospecha de tumor avanzado (vía tacto rectal o PSA > 50 ng/mL). Se recomienda la recogida de entre 8 a 12 cilindros, con 12 mínimo en las biopsias directas. Ante una lesión sospechosa se puede realizar biopsia dirigida cognitiva, por fusión con ecografía o en el tubo de RM, **sin que exista una clara superioridad entre distintas técnicas de guiado**. Se recomienda abordaje transperineal”.*

Consideraciones médicas sobre las que se extraen las siguientes conclusiones:

“1. [El reclamante] fue valorado por el servicio de Urología del Hospital Universitario San Pedro de Logroño en 2022 por un cuadro clínico de prostatismo y elevación del PSA, ante el que se inició despistaje diagnóstico de cáncer de próstata.

2. Las acciones realizadas por parte de Urología fueron correctas en tiempo y forma según los algoritmos de decisión publicados en la evidencia científica más actualizada disponible, a pesar de situaciones imprevistas y ajenas al servicio, como la ausencia de realización de analítica tras biopsia negativa o un proceso infeccioso de tracto urinario inferior, que alargaron y retrasaron el seguimiento.

3. El seguimiento mediante repetición de cifras de PSA tras un resultado de biopsia negativa fue correcto y adecuado según la literatura consultada.

4. Las indicaciones de realización de resonancia magnética ante la elevación de cifras de PSA, tanto al inicio del estudio como durante el seguimiento, fueron correctas según la bibliografía consultada. Los informes emitidos sobre las imágenes recogían las escalas de riesgo y la información sugerida por el consenso científico más actual.

5. Las recomendaciones de necesidad de biopsia prostática fueron emitidas bajo criterios objetivos y adecuados. La primera vez que se le ofreció al paciente aceptó, realizándose tras firma de Consentimiento Informado y sin reflejarse incidencias. No se halló evidencia de malignidad.

6. Cuando se le recomendó una segunda biopsia, el paciente optó por acudir a un centro privado donde fue diagnosticado de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4, grado ISUP 2. El resultado positivo también podría haberse emitido de haberse realizado la biopsia en el Hospital Universitario San Pedro, donde se le ofreció.

7. La evidencia científica más actual consultada afirma que no hay superioridad entre las diferentes técnicas de guiado de biopsia.

8. En el informe de anatomía patológica aportado por el centro privado donde el paciente decidió intervenir se detallaba la presencia de adenocarcinoma de próstata con afectación del ápex y lóbulo izquierdo. Se describía que la lesión contactaba con el margen apical izquierdo. Ese contacto no implica afectación extraprostática tal y como se describe en la literatura consultada.

9. Los márgenes quirúrgicos positivos pueden ser signos de afectación extraprostática o pueden ser márgenes incisionales. El informe de anatomía patológica descarta afectación extraprostática por lo que lo más probable es que fuese un margen incisional, muy frecuentes en este tipo de intervención según la bibliografía consultada”.

Séptimo

Con fecha 14 de mayo de 2026, el instructor del procedimiento formuló la siguiente propuesta de resolución:

“Que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula [el reclamante] porque el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”.

Y es que, el citado el instructor, tras evaluar todo el acervo probatorio obrante en el expediente, concluyó que:

“no concurren los requisitos necesarios para que surja la Responsabilidad Patrimonial de la Administración y en consecuencia la obligación de indemnizar, pues la actividad sanitaria de los profesionales de los Servicios Públicos de Salud de La Rioja fue totalmente acorde a la lex artis ad hoc, y el daño padecido no puede ser puesto a su cargo”.

Octavo

El 14 de mayo de 2026, la SGT remitió el expediente administrativo a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, que evacuó su informe el día 2 de junio de 2026. De este informe debemos destacar lo siguiente:

De un lado, se cita en el fundamento de derecho tercero que:

“Habida cuenta que la reclamación fue interpuesta el día 16 de octubre de 2025, se recomienda valorar que la reclamación presentada contra la Consejería de Salud y Políticas Sociales sea inadmitida por extemporánea al encontrarse prescrita por haber transcurrido más de un año desde el 1 de octubre de 2024, hasta la fecha en que fue presentada la reclamación”.

Además, en su fundamento de derecho quinto, se afirma que:



“Por otra parte, corresponde a la Administración la carga de la prueba cuando ésta verse sobre la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño; sobre la presencia de causas de fuerza mayor; sobre la prescripción de la acción, o sobre la intervención de un tercero en la causa del daño [STS de 15 de marzo de 1999 (RJ 1999, 4440), y de 21 de marzo de 2000 (RJ 2000,4049)]”.

Y finalmente, se alcanzan las mismas conclusiones que en el informe de Criteria (antecedente 5º) añadiendo que:

“Además, y sin olvidar que el reclamante no ha aportado factura ninguna por los servicios sanitarios que le fueron prestados en un centro privado y que incluye genéricamente en la indemnización solicitada en su reclamación, no procede el reintegro de los gastos médicos reclamados como tal derivados de la asistencia en la sanidad privada al no cumplirse los requisitos exigidos para ello en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización porque el reclamante decidió de forma voluntaria abandonar la sanidad pública y solicitar asistencia en la sanidad privada, decidiendo someterse a una prueba que le fue propuesta en la sanidad pública y, posteriormente, a una intervención quirúrgica que nunca le fueron denegadas por ésta.

Por ello, el estado del reclamante cuando acudió a la sanidad privada no necesitaba «asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital» ni se habían agotado todos los recursos del Sistema Público de Salud como señala el Real Decreto 1030/2006 referido, siendo una decisión voluntaria e unilateral del reclamante que no fuera atendido en la sanidad pública y hacerlo en una clínica privada cuyas consecuencias no debe soportar la administración”.

Con fundamento en lo expuesto, la Dirección General de los Servicios Jurídicos informa favorablemente la propuesta de resolución del centro gestor, en el sentido de desestimar, la petición que contiene la solicitud de responsabilidad patrimonial formulada por el reclamante.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 3 de junio de 2026 y registrado de entrada en este Consejo el mismo día, la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 4 de junio de 2026, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien

efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo y su ámbito

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 11.g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (LCCR), puesto en relación con el artículo 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la CAR, y con el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), es preceptivo el dictamen de este Consejo en aquellos procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

La reclamante interesa en el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos concierne una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 340.000 euros), por lo que el dictamen del Consejo Consultivo resulta preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, dispone el párrafo tercero del artículo 81.2 LPACAP que *“deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley”* o, por ser más precisos, y según establece el artículo 34.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), de acuerdo con los criterios establecidos *“en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social”*.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Como ha reiterado de forma continuada este Consejo, de acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en los artículos 9 y 106.2 de la Constitución Española, desarrollado en los artículos 32, 34 y 91.2 LRJSP, en consonancia con la lectura e interpretación que de ellos hace la jurisprudencia del Tribunal Supremo, los elementos constitutivos para que se reconozca la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas, pueden sintetizarse así:

- a) Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- b) Que exista un nexo causal adecuado, inmediato, exclusivo y directo entre la acción u omisión administrativa y el resultado lesivo.
- c) Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.
- d) Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.
- e) Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad directa de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos por acción o por omisión), objetiva (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y general (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración, como la sanitaria, prevista en este caso). En otras palabras, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados (cfr. dictámenes D.60/23 o D.38/25).

De conformidad con el régimen legal que se acaba de exponer, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de La Rioja (en adelante, TSJ La Rioja)

sintetiza esta doctrina general (por todas, sentencia del TSJ La Rioja núm. 146/2025, de 19 de mayo, (ECLI:ES:TSJLR:2025:216):

“Como es sabido, existe una muy consolidada jurisprudencia que ha establecido los requisitos que deben concurrir para que se pueda declarar la responsabilidad de una Administración Pública y que deben ser examinados en cada caso concreto para decidir si la Administración ha incurrido en algún supuesto de responsabilidad. Así la jurisprudencia del Tribunal Supremo en esta materia ha señalado como requisitos imprescindibles para poder declarar la responsabilidad patrimonial de una Administración Pública, los siguientes: a) la existencia de una lesión sufrida por el particular en sus bienes o derechos que sea antijurídica, esto es, que no tenga obligación de soportar, y que sea real y efectiva, individualizable, en relación a una persona o grupo de personas, y susceptible de valoración económica; b) que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal del servicio público, entendido éste como toda actuación, gestión, actividad, o tarea propia de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad; y c) que exista una relación de causa efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que concurra fuerza mayor. Es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque, siempre que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. Y reiteradamente se ha señalado por la jurisprudencia que solo son indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”.

En análogos términos se expresan las sentencias del TSJ La Rioja núm. 183/2025, de 30 de junio (ECLI:ES:TSJLR:2025:260); núm. 262/2025, de 3 de octubre (ECLI:ES:TSJLR:2025:379); o núm. 183/2023, de 19 de junio (ECLI:ES:TSJLR:2023:228); añadiendo esta última que la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas tiene en nuestro ordenamiento jurídico su base, no solo en el específico artículo 106.2 CE, sino, además, *“en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el art. 24 de la Constitución”*.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar.

Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *conditio sine qua non*, conforme al cual, un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

No se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.

Tercero

Sobre el plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial

Con carácter previo al análisis de las cuestiones de fondo que nos han sido planteadas, debemos analizar si la acción de responsabilidad patrimonial ejercitada por el reclamante se ha ejercitado en plazo. Recordemos que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPACAP *“los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo”*.

1. Sobre la prescripción de la reclamación

En el presente caso, el paciente plantea reclamación patrimonial, el día 16 de octubre de 2025, basada en el retraso del diagnóstico de un adenoma de próstata.

Para poder analizar si el ejercicio de la responsabilidad patrimonial se ha ejercitado dentro del plazo previsto para ello, es preciso reflejar aquí los siguientes hechos y el momento en el que se producen, al resultar determinantes a efectos del cómputo del plazo para el ejercicio de la acción de reclamación:

- a) El 6 de marzo de 2023 se le realizó una RMN con el diagnóstico de *“Lesión PIRADS 5 en cuadrante posterior de la zona central del ápex del LI...”*; y el 17 de mayo de 2023 se le realizó una biopsia prostática transrectal ecodirigida; y el 29 de mayo de 2023 se informó sin *“evidencias de malignidad”*.

b) El 15 de julio de 2024, con motivo de una consulta de control en urología, el especialista del sistema sanitario solicita nueva RMN, que se realiza el 31 de agosto de 2024. El informe de radiología con los resultados está fechado el 2 de septiembre de 2024.

c) Por manifestación en su escrito, el día 18 de septiembre de 2024, el paciente recibe notificaciones desde el Servicio de Urología donde se le cita a consulta para el 8 de octubre de 2024.

d) Según afirma igualmente el reclamante en su escrito: *“el 30 de Septiembre acude a Bilbao a la consulta del reputado Urólogo Dr. [4] donde se le practica una analítica y se le recomienda la realización de una biopsia por fusión”*.

e) El 1 de octubre de 2024, el reclamante acude a la consulta de urología del servicio público (7 días antes de la cita programada) donde se le hace entrega de los resultados de la RMN prostática practicada en el Hospital San Pedro. Los resultados revelaron unos indicios de media-alta probabilidad de padecer adenoma de próstata:

“02/09/2024 RM PROSTÁTICA:

Volumen prostático: 76 cc.

Hipertrofia de la zona de transición que comprime y adelgaza la zona periférica.

Área de 28 mm, situada en la zona periférica, lóbulo izquierdo con leve extensión derecha, región apical, segmentos anteriores y posteriores, hipointensa en T2, que muestra una marcada restricción a la difusión (PIRADS 5).

La lesión en su porción más caudal contacta íntimamente con en esfínter uretra' externo entre las horas 11 y 6 (posición supina).

En el caso de confirmación anatomopatológica para malignidad existiría alta probabilidad de invasión extracapsular (puntuación 4/5 ESUR).

No se observan adenomegalias.

Vesículas seminales y ampollas deferenciales presentes y simétricas.

Estructuras óseas valorables sin hallazgos sugestivos de MI.

CONCLUSIÓN:

Área de 28 mm, situada en la zona periférica, lóbulo izquierdo con leve extensión derecha, región apical, segmentos anteriores y posteriores PIRADS 5.

La lesión en su porción más caudal contacta íntimamente con en esfínter uretral externo entre las horas 11 y 6 (posición supina).

En el caso de confirmación anatomopatológica para malignidad existiría alta probabilidad de invasión extracapsular (puntuación 4/5 ESUR), INFORMO DE LA NECESIDAD DE REPETIR BIOPSIA. EL PACIENTE DECIDIRA”.

Los resultados de la prueba practicada revelan, como se ha dicho, indicios que, en aplicación de las Guías médicas, aconsejan la realización de una biopsia para determinar si se detecta (o no) evidencia de malignidad.

f) Con los resultados de la RMN, el día 10 de octubre de 2024, se somete a una biopsia en el hospital privado. Con independencia de la técnica a utilizar, como se dirá más adelante, la necesidad de practicar esta misma prueba fue recomendada y ofrecida por el sistema sanitario desde la consulta realizada el 15 de julio de 2024 (“*SOLICITO RM Y SI ZONAS SOSPECHOSAS REBIOPSIA*”). El reclamante afirma que recibe los resultados de la biopsia el día 18 de octubre de 2024, y en el escrito de la clínica privada aparece como “*fecha de salida: 18/10/2024*”.

g) Para cuando recibió el reclamante el informe con los resultados de la RMN (1 de octubre de 2024) el paciente ya tenía concertada una consulta en un hospital privado (manifestaciones también realizadas al urólogo que le atendió). De hecho, informó a su médico de la necesidad de obtener una copia de los resultados para acudir a consulta a una clínica privada.

2. Sobre el *dies a quo* y la posible ruptura del nexo causal

Para determinar el *dies a quo* es necesario aclarar previamente la relación de causa a efecto, entre el denunciado diagnóstico tardío y la actuación sanitaria pública. En el momento en el que el paciente opta por someterse a la atención médica de otros profesionales (según consta en la reclamación, el 30 de septiembre de 2024), al margen de la sanidad pública, renuncia a seguir siendo atendido por el sistema sanitario riojano y a los procedimientos médicos puestos a su disposición, lo que podría interpretarse como una ruptura del nexo causal.

El nexo causal entre una hipotética acción u omisión administrativa y el resultado lesivo se habría interrumpido por decisión del propio reclamante, provocando una exoneración de la responsabilidad de la Administración a partir de ese momento. Decisión libre del paciente que, como señala la STS de 7 de octubre de 2011, (ECLI:ES:TS:2011:6450) producen una ruptura del nexo causal (FJ6).

Sin embargo, no se reclama por el diagnóstico y tratamiento privado, sino por no haber sido diagnosticado y tratado en la sanidad pública con anterioridad, tomando como referencia el momento en que el reclamante conoce que tiene cáncer.

Por ello, el *dies a quo* para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial se podría situar a partir de momento en el que se abandona la sanidad pública, según se afirma en el escrito de reclamación, el 30 de septiembre de 2024, confirmada verbalmente al urólogo del sistema sanitario, el 1 de octubre de 2024 y constatada mediane el informe con los resultados de la biopsia, de fecha 10 de octubre de 2024, aspecto que destaca el informe de los servicios jurídicos. O, alternativamente, podría situarse en el momento en que el reclamante conoce su diagnóstico de cáncer y considera que se ha producido con retraso respecto a las actuaciones de la sanidad pública, en particular la biopsia negativa de 2023.

El reclamante afirma en su escrito que recibió la comunicación de los resultados de la biopsia realizada en el hospital privado el día 18 de octubre de 2024, fecha en la que tendría conocimiento del diagnóstico de cáncer y que coincide con lo que aparece en el informe de la clínica *“fecha de salida 18/10/2024”*. Si tenemos en cuenta esta fecha su reclamación sería tempestiva.

En concordancia con otros dictámenes del Consejo (D.28/26) la prescripción debe interpretarse restrictivamente, dice la sentencia del TS núm. 463/2019, de 4 de abril (ECLI:ES:TS:2019:1137), que *“el «dies a quo» del cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de una acción de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por una prestación médica de los servicios públicos (...) es el de la fecha de curación, o (...) la fecha en la que, con conocimiento del afectado, quedaron definitivamente estabilizadas las secuelas”*. Pero subraya que es imperativo *“interpretar restrictivamente la prescripción, al no estar basada en principios de estricta justicia, sino de seguridad jurídica y de presunción de abandono del ejercicio del derecho (SSTS de 14 de marzo de 2007, RC n.º 262/2000; 6 de mayo de 2009, RC n.º 292/2005; y 24 de mayo de 2010, RC n.º 644/2006), y obedece, en atención al principio de indemnidad, a la necesidad de preservar el derecho del perjudicado a ser íntegramente resarcido en situaciones en que no ha podido hasta entonces conocer en su totalidad el alcance de su daño, por causas no imputables a su persona o comportamiento (SSTS 2 de enero de 1991, 6 de octubre de 1992, 30 de noviembre de 1999, 3 de marzo de 1998, 12 de junio de 2009, RC n.º 2287/2004 y 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005)”*. Esta doctrina se halla alineada con la sentada por la sentencia del TSJ La Rioja núm. 183/2023, de 19 de junio (ECLI:ES:TSJLR:2023:228), y con el derecho a la tutela judicial efectiva al que se refiere, consagrado en el artículo 24.1 CE.

Por lo cual, al haberse interpuesto la reclamación de responsabilidad patrimonial por el paciente ante la Consejería de Salud y Políticas Sociales de La Rioja el día 16 de octubre de 2025, este Consejo considera que fue presentada dentro del plazo legalmente previsto para su ejercicio.

Cuarto

Sobre la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial

Como se acaba de exponer, en materia de responsabilidad patrimonial, el daño, su antijuricidad y la relación de causalidad constituyen requisitos esenciales del instituto resarcitorio. Para su acreditación, recae en el interesado la carga probatoria “*por cualquier medio de prueba admisible en Derecho*” ex artículo 77.1 LPACAP.

A este respecto, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes relativos a reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En el mismo sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, núm. 262/2025, de 3 de octubre (ECLI:ES:TSJLR:2025:379) que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que en el proceso contencioso-administrativo rige el principio general, inferido del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho:

“... («Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit») así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega («ei incumbit probatio qui dicit non qui negat») y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios («notoria non egent probatione») y los hechos negativos («negativa non sunt probanda»). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

La finalidad de esta regla trata de determinar a quien podría perjudicar la falta de prueba de un hecho relevante para resolver en un expediente de estas características. Es a la luz de estas consideraciones como habrá de analizarse la reclamación formulada por las partes reclamantes.

Quinto

Sobre la responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

Se analizan a continuación la tesis del reclamante, del especialista en urología (*CRITERIA*), de la Inspección médica, y del instructor, con el fin de determinar si concurre responsabilidad patrimonial de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja en el presente caso.

En el ámbito de la responsabilidad patrimonial sanitaria, como se ha dictaminado con anterioridad por este Consejo y se expone en el Fundamento de Derecho segundo de este dictamen, es preciso comprobar la *lex artis ad hoc* como elemento determinante de la imputación de responsabilidad.

1. Tesis del reclamante

A juicio del reclamante ha existido un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios por el retraso producido en el diagnóstico de un adenocarcinoma de próstata que, a su juicio, *“ha sido diagnosticado en una fase tardía de su enfermedad”*, con una larga historia urológica, sin que *“a pesar de ello se llegara a alcanzar el diagnóstico en el sistema de salud pública riojana”* por *“errores de protocolo”* que, de no haberse producido, habrían permitido un diagnóstico tumoral en un estadio más precoz, lo que hubiera repercutido muy positivamente en las posibilidades de tratamiento del paciente y en su posible curación.

Afirma el reclamante que *“el diagnóstico se ha alcanzado ...en un hospital de la red de sanidad privada (Hospital Quirón Bizkaia) al que el paciente se vio obligado a acudir ante las dilaciones reiteradas... de esa Administración sanitaria”*. Con fundamento en tal relato, el reclamante solicita al SERIS una indemnización de 340.000 euros en base a la Ley 35/2015, de 22 de diciembre, aunque como atinadamente señala el informe de los servicios jurídicos, el reclamante no concreta que tipo de gastos tuvo que soportar por los servicios sanitarios recibidos en la clínica privada, no aporta factura alguna sobre tales servicios. Adicionalmente, incluye como concepto indemnizable en la cuantía reclamada *“los perjuicios en su salud y sus expectativas futuras”* sin que se haya aportado tampoco por el interesado ningún informe pericial que acredite los hechos en los que sustenta su denuncia.

2. Informe de *CRITERIA*

Del informe emitido por el especialista en urología designado por *CRITERIA* se desprenden las siguientes consideraciones:

“-Las pruebas diagnósticas que nos harán sospechar la posible existencia de un cáncer en la próstata son el tacto rectal y la determinación de PSA (antígeno específico de la próstata) en sangre.



-La sensibilidad diagnóstica del tacto rectal está entorno al 50%, quiere decir que solo en la mitad de los pacientes que se biopsian por tacto rectal sospecho se diagnosticará un cáncer en la próstata. Debido a esto algunos autores recomiendan no realizarlo.

-El PSA (antígeno específico de la próstata) es una proteína que segrega la próstata humana normal, eliminándose fundamentalmente por el semen y, en condiciones normales, se detectan en sangre niveles muy bajos. Por lo tanto, **el PSA no es un marcador tumoral** (sustancia que únicamente produce un tumor) ya que lo produce la próstata normal y se detecta aumentada en la sangre en situaciones tan diversas como: **próstata aumentada de tamaño, inflamación o infección prostática, manipulación instrumental** (cistoscopia, sondajes, etc.) y **cáncer de próstata**.

...

-La determinación del PSA sirve para **seleccionar a los pacientes con una elevada probabilidad** de padecer un cáncer de próstata y, por lo tanto, realizarles una biopsia de próstata para confirmar o excluir esta sospecha.

...

-El PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) es un sistema de puntuación estandarizado para evaluar las imágenes de resonancia magnética (RM) de la próstata, asignando una nota del 1 al 5 para **indicar la probabilidad** de encontrar un cáncer de próstata clínicamente significativo (que requiera tratamiento).

- PI-RADS 1: Altamente improbable.
- PI-RADS 2: Improbable.
- PI-RADS 3: Equívoco.
- PI-RADS 4: Probable.
- PI-RADS 5: Altamente probable.

En la Guías Clínicas **no existe ninguna recomendación sobre cada cuanto tiempo hay que repetir el PSA durante el seguimiento después de una biopsia de próstata negativa**. Lo habitual en la práctica clínica es hacer un seguimiento del paciente con la repetición del PSA en un periodo de 3-6 meses para que el traumatismo originado por la biopsia no interfiera en el PSA.

-La existencia en una prostatectomía de un margen quirúrgico positivo quiere decir que el tumor está en contacto con el borde marcado con tinta china de la próstata. Se suele observar en el 8,8-42% de las piezas de prostatectomía. Junto con el score de Gleason, el volumen tumoral y el estadio local (pT) es un factor de riesgo de recidiva bioquímica. Los márgenes positivos se clasifican en:

- Margen quirúrgico positivo con extensión extraprostática: el tumor ha perforado la cápsula prostática y se extiende al tejido graso periprostático. Suponen entre el 10% y el 55% de los márgenes.
- Margen quirúrgico positivo incisional: el urólogo ha incidido la cápsula prostática (se ha metido dentro de la próstata) y no existe tejido periprostático en esa zona. Suponen entre el 45% y el 90% de los márgenes.

-El **margen quirúrgico positivo no es sinónimo de tumor residual**. Aproximadamente solo el 50% de los pacientes con márgenes quirúrgicos positivos presentaran una recidiva bioquímica a los 5 años. Los márgenes quirúrgicos positivos incisionales tiene mejor pronóstico recidivando solo el 22%”.

Conforme a ello, el proceso diagnóstico desarrollado durante los años 2022 y 2023 (repetición de PSA, realización de RMN y de biopsia de próstata) se considera correcto y ajustado a las recomendaciones de la Guía Clínica. Conclusión que extiende igualmente al valorar el procedimiento seguido tras la negatividad de la biopsia realizada y la disminución del PSA (consulta de 30 de octubre de 2023).

Para el experto, *“del estudio de la documentación aportada se puede deducir que la asistencia prestada (al paciente) fue totalmente correcta, ajustándose al «estado del arte» de la medicina y cumpliendo con la «Lex Artis ad hoc»”*.

Igualmente, considera que la decisión de realizar una nueva RMN antes de la realización de una re-biopsia, cumplió con la recomendación de la Guía Clínica, tras el episodio de prostatitis detectada en la consulta del 29 de abril de 2024, así como que en la consulta de 1 de octubre de 2024 se le informó al paciente de la *“necesidad de repetir biopsia. El paciente decidirá”*.

Tras el informe de anatomía patológica, realizado en el centro privado el 10 de octubre de 2024, en el mismo centro privado el paciente se sometió a una *“prostatectomía laparoscópica asistida por robot”*. El análisis del material reveló *“la existencia de un margen quirúrgico positivo”*.

Según se afirma en el informe de *CRITERIA*, el margen quirúrgico positivo será *“muy probablemente incisional”*, ocasionado, en tal caso *“por el urólogo al incidir a través de la próstata y no por fuera de ella, ya que el tejido graso periprostático estaba libre de tumor”*. Finalmente concluye el experto que *“No está relacionado con la progresión tumoral por un supuesto retraso diagnóstico”*.

3.Informe de la Inspección Médica

A la misma conclusión detallada en el informe del experto citado llega la Inspección médica como se ha expuesto en el antecedente sexto de este dictamen:

“5. Las recomendaciones de necesidad de biopsia prostática fueron emitidas bajo criterios objetivos y adecuados... No se halló evidencia de malignidad.

*6. Cuando se le recomendó una segunda biopsia, el paciente optó por acudir a un centro privado donde fue diagnosticado de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4, grado ISUP 2. **El resultado positivo también podría haberse emitido de haberse realizado la biopsia en el Hospital Universitario San Pedro, donde se le ofreció.***

7. La evidencia científica más actual consultada afirma que no hay superioridad entre las diferentes técnicas de guiado de biopsia.



8. En el informe de anatomía patológica aportado por el centro privado donde el paciente decidió intervenirse se detallaba la presencia de adenocarcinoma de próstata con afectación del ápex y lóbulo izquierdo. Se describía que la lesión contactaba con el margen apical izquierdo. Ese contacto no implica afectación extraprostática...

9. Los márgenes quirúrgicos positivos pueden ser signos de afectación extraprostática pueden ser márgenes incisionales. El informe de anatomía patológica **descarta afectación extraprostática** por lo que lo más probable es que fuese un margen incisional, muy frecuentes en este tipo de intervención según la bibliografía consultada”.

4. Tesis del Instructor del expediente designado por la Consejería de Salud y Políticas Sociales

Sintetiza el Instructor del expediente en el Fundamento jurídico noveno de la propuesta de resolución que:

“Del conjunto del expediente se desprende que la atención prestada [al paciente] se ajustó a una correcta praxis médica, pudiendo establecerse las siguientes conclusiones:

I. El proceso diagnóstico inicial y la actuación clínica desarrollada tras la primera sospecha de patología prostática fueron correctos, ajustándose a las recomendaciones de la práctica clínica y sin que pueda apreciarse error diagnóstico ni omisión de pruebas indicadas.

...

II. El seguimiento clínico tras la biopsia negativa se desarrolló conforme a la práctica médica habitual sin que pueda apreciarse inactividad asistencial ni retraso injustificado en la adopción de nuevas decisiones diagnósticas.

...

III. La indicación y ejecución de las pruebas diagnósticas posteriores, incluida la repetición de la resonancia magnética y la propuesta de nueva biopsia, se ajustaron a la evolución clínica del paciente y a los protocolos establecidos, sin que la elección de la técnica de biopsia constituya una actuación incorrecta. El paciente suspendió voluntariamente su proceso diagnóstico en la sanidad pública optando por alternativas asistenciales privadas.

...

IV. El resultado quirúrgico y la existencia de margen quirúrgico positivo no guardan relación con un supuesto retraso diagnóstico, siendo compatibles con las características de la lesión y la técnica quirúrgica empleada”.

En resumen, considera el instructor que no ha existido mala *praxis* médica, así como que no existe responsabilidad de la Administración, al no concurrir los requisitos necesarios para que surja la responsabilidad patrimonial sanitaria, que dé lugar a la obligación de indemnizar. Concluyendo así que *“la actividad sanitaria de los profesionales de los Servicios Públicos de Salud de La Rioja fue totalmente acorde a la lex artis ad hoc, y el daño padecido no puede ser puesto a su cargo”*.

5. Valoración del Consejo

De inicio, conviene destacar que, por el reclamante no se ha aportado junto a su escrito de reclamación prueba alguna que acredite el menor indicio de una posible responsabilidad patrimonial sanitaria ni justifique la cuantía ni el criterio para determinar el *quantum indemnizatorio* reclamado. Además, concluida la fase de instrucción, el reclamante tampoco ha hecho uso de su derecho a alegar o presentar documentos, justificaciones o cualquier elemento probatorio que estime conveniente para la defensa de sus intereses que acredite los hechos en los que basa su pretensión.

A) Sobre el retraso de diagnóstico en el diagnóstico de adenocarcinoma

El reclamante denuncia que el adenocarcinoma de próstata, a su juicio, *“ha sido diagnosticado en una fase tardía de su enfermedad”*, pero del análisis de los informes médicos obrantes en el expediente, y a falta de un informe que contradiga lo en todos ellos concluido, este Consejo ha de asumir y aceptar que no se ha producido un retraso en el diagnóstico.

Como ya se ha destacado, la parte reclamante no ha aportado prueba objetiva alguna que nos permita cuestionar un posible retraso en el diagnóstico o la falta de idoneidad de la actuación de los profesionales que intervinieron al reclamante. Conviene destacar que, como se afirma en el informe de la Inspección Médica. *“el diagnóstico definitivo de cáncer de próstata es histológico”*, por lo que solo a través de una biopsia se puede concluir tal juicio clínico.

Consta que el paciente fue atendido en la consulta de urología el 1 de octubre de 2024 en la que se le hizo entrega de los resultados de la resonancia magnética prostática con *“un retraso de 5 semanas en conocer el Informe de RMN que acreditaba, una vez más, la existencia con muy alta probabilidad de un cáncer de próstata realizada”*. Tiempo que, más allá del comprensible desasosiego por conocer la información, no parece significativo (salvo prueba en contrario) para continuar con un proceso de sucesivas pruebas de descarte de una enfermedad de *“crecimiento muy lento”* (CRITERIA).

Con motivo de la atención prestada el 1 de octubre (el paciente acudió a la consulta *“en estado de ansiedad, para solicitar las imágenes e informe de RMN prostática, porque tenía consulta en un centro privado en Bilbao”*) se le informó de la necesidad de realizar una biopsia a la vista de los resultados (*“el paciente decidirá”*), así como que el reclamante solicitó información sobre si en el Hospital San Pedro se realizaban biopsias por fusión.

El reclamante optó finalmente por realizar la biopsia nueve días después (10 octubre 2024) en el centro privado, en lugar de realizar las pruebas ofrecidas por el Servicio de Urología y recibir así un diagnóstico en el Hospital Universitario San Pedro. El diagnóstico

fue de “*adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4, grado ISUP 2*”.

Así pues, la decisión del reclamante de someterse el día 10 de octubre de 2024 a la realización de la biopsia en un hospital privado y los tratamientos posteriores que recibió son de exclusiva responsabilidad del paciente. No es posible concluir de lo expuesto un retraso en el diagnóstico, cuando se han cumplido las previsiones temporales establecidas en las Guías clínicas, como confirman los distintos informes médicos de la Inspección médica y de *CRITERIA* obrantes en el expediente.

Junto a ello, tampoco es posible constatar que se hubiera podido evitar el resultado de la progresión en la detección del cáncer, ni que exista una frustración mínima de las expectativas de curación del paciente. Ya que: a) el reclamante ha seguido controles sucesivos de su PSA en la sanidad pública; b) se han realizado pruebas de RMN y biopsia (el 19 de mayo de 2023) que resultó “*sin evidencia de malignidad*”; c) que se le recomendó realizar una segunda biopsia, a la vista de los resultados de la segunda RMN; y d) que el reclamante optó, finalmente, por ser atendido por la sanidad privada.

Por todo ello, debemos concluir que no existe el menor indicio de una conducta omisiva o de retraso en el diagnóstico de los profesionales del SERIS de la que pueda presumirse un defectuoso funcionamiento del servicio público.

B) Sobre el cumplimiento de la *lex artis*

En lo que al tratamiento prestado por el Servicio de urología del SERIS se refiere, consta que se han realizado desde 2022 constantes pruebas de seguimiento y control “*predictivo*” en el sistema público sanitario, consistentes en pruebas rutinarias dirigidas a detectar situaciones de riesgo.

Téngase en cuenta que se trata de hacer seguimiento de indicadores de la PSA que, como se expone en el informe de la Inspección médica y de *CRITERIA*, resultan “*muy sensibles, pero poco específicos para el Cáncer de próstata*”; que existen “*recomendaciones de cumplir con las directrices de las PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) para la interpretación de imágenes de resonancia magnética. Sistema de puntuación estandarizado para evaluar las imágenes de RM que indica la probabilidad de encontrar un cáncer de próstata clínicamente significativo*”; que también existe un algoritmo de decisión, supervisado por los profesionales médicos, que estandariza los criterios para la realización de una biopsia prostática (no exenta de riesgos) en función de los distintos indicadores; e incluso se cuenta con la recomendación de que en la biopsia se recojan de entre 8 a 12 cilindros (con un mínimo de 12 en las biopsias directas). Protocolos y procedimientos que, como se detalla a continuación, se han respetado por los profesionales del sistema sanitario riojano a la vista de los informes del historial médico.

Así, conviene precisar de inicio que las sucesivas pruebas realizadas al reclamante se han llevado a cabo conforme a los criterios y recomendaciones de las guías y del programa de cribado de cáncer de próstata, desde diciembre de 2022 cuando fue diagnosticado de prostatismo moderado (5 de diciembre de 2022), con PSA de 5,05 ng y detección de un pequeño nódulo en ápex izquierdo.

El 6 de marzo de 2023 se le realiza una RMN mediante la que se diagnostica *“Lesión PIRADS 5 en cuadrante posterior de la zona central del ápex del LI (lado izquierdo). No se ha realizado PSA. Anoto para Bx (Biopsia) de próstata. Explicamos proceso quirúrgico. Firma CI (consentimiento informado)”*.

El 17 de mayo de 2023 se le repitió la prueba de PSA, se le realizó una RMN en la que se detecta adenoma I-II con pequeño nódulo en ápex izquierdo, volumen de próstata 83 cc y PSA 5,05 ng. También se practicó una biopsia de próstata, con extracción de 6 cilindros de cada lóbulo. Los resultados del lado izquierdo y del derecho resultaron *“sin evidencia de malignidad”*.

El 17 de mayo de 2023, bajo anestesia local, se le realizó una Biopsia Prostática Transrectal Ecodirigida (BPTRED). El informe de 29 de mayo de 2023 revela que no existen *“evidencias de malignidad”*. Es *“AVISADO TELEFÓNICAMENTE, CONTROL CON AS (análisis de sangre)”*.

El reclamante fue citado para revisión 4 meses después (25 de septiembre de 2023), pero nuevamente acude a la consulta si haber realizado la analítica para control del PSA, tuvo que ser recitado para que se realice una analítica y hacer un seguimiento de los niveles de PSA, conforme al protocolo (*“NO SE HA HECHO LA ANALÍTICA. RECITAMOS”*).

La siguiente cita tuvo lugar el siguiente mes (30 de octubre de 2023). De la analítica realizada se registró una mejoría en el nivel de PSA, al descender a 4,39 ng y se pautó nueva cita de revisión en los seis meses siguientes, a fin de seguir controlando los niveles de PSA.

La analítica previa a la cita del 29 de abril de 2024, reveló niveles más altos de PSA (5,76 ng). El incremento de los niveles de PSA coincidieron con un episodio de prostatitis (dos meses antes de la consulta), que el médico de atención primaria trató con antibiótico. Por ello, el especialista le pautó *“Serequir”* para reducir el proceso inflamatorio y tratar los síntomas de la hiperplasia benigna de próstata, y se pautó repetición de control de PSA en 6 meses y *“SI PERSISTE ELEVADO, PARA (realizar) RMN Y SI (se detectan) ZONAS SOSPECHOSAS REBIOPSIA”*.

El 15 de julio de 2024 tiene nuevo control. Los resultados del análisis de sangre revelan un incremento de los niveles de PSA, hasta 7,46 ng. Se le pauta: *“SOLICITO RNM Y SI ZONAS SOSPECHOSAS REBIOPSIA”*.

El 2 de septiembre de 2024 se le realiza nueva RMN prostática con el resultado ya expuesto en los antecedentes de este dictamen, que se entrega al reclamante el 1 de octubre de 2024, con la recomendación de la *“necesidad de repetir la biopsia”*.

Consta, en definitiva, que el paciente estuvo sometido a un seguimiento de control en la campaña de cribado. Aunque no existe una recomendación específica en las Guías Clínicas sobre el plazo que debe transcurrir para repetir la prueba de control de la PSA después de una biopsia negativa, los posteriores controles se han llevado a cabo conforme a la práctica clínica habitual, con repetición de las pruebas cada 4-6 meses. Igualmente se atendió a la recomendación prevista en la Guía Clínica consistente en la realización de una RMN antes de volver a practicar una *“rebiopsia”*, para valorar su procedencia.

De lo aquí expuesto se concluye que el tratamiento dispensado y los controles realizados fueron adecuados y conformes a la *lex artis*. Ya se ha avanzado que para alcanzar el diagnóstico del adenocarcinoma era preciso realizar una nueva biopsia, y fue el reclamante el que decidió ser examinado en un hospital privado en Bizkaia.

En segundo lugar, por lo que respecta a la técnica de guiado para realizar la biopsia prostática, que también cuestiona el reclamante, los distintos informes refieren que ante una lesión sospechosa se puede utilizar distintas técnicas: a) biopsia dirigida cognitiva; b) por fusión con ecografía; o, c) en el tubo de RMN, *“sin que exista una clara superioridad entre distintas técnicas de guiado”*. Extremo este sobre el que no existe contradicción en el expediente. También conviene advertir que el informe de anatomía patológica de la clínica privada, de fecha 10 de octubre de 2024, aportado por el reclamante, no especifica la técnica de biopsia utilizada, ni el número de cilindros obtenidos, como bien apunta el informe de la Inspección médica.

En tercer lugar, el reclamante decidió continuar su tratamiento en el mismo centro privado y se sometió a una *“prostatectomía laparoscópica asistida por robot”*. Del material extraído en la intervención se detectó *“la existencia de un margen quirúrgico positivo”*. Sobre ello, el informe de CRITERIA, destaca que el margen quirúrgico positivo será *“muy probablemente incisional”*, ocasionado, en tal caso *“por el urólogo al incidir a través de la próstata y no por fuera de ella, ya que el tejido graso periprostático estaba libre de tumor”*. De lo relatado no podemos sino compartir la conclusión del experto de no estar relacionado un supuesto retraso diagnóstico con la progresión tumoral. Valoración en la que coincide el informe de la Inspección médica.

En resumen, a la vista del expediente, podemos concluir que el funcionamiento del sistema sanitario ha atendido a los procedimientos estandarizados conforme a las guías y directrices de actuación, el servicio ha sido adecuado y no consta que se haya producido ningún tipo de *“error de protocolo”* ni retraso en el diagnóstico, como se denuncia por el



reclamante, que hubiese “*permitido un diagnóstico tumoral en un estadio más precoz, lo que hubiera repercutido muy positivamente en las posibilidades de tratamiento del paciente y en su posible curación*”. En tal contexto y teniendo en cuenta que incumbe al reclamante la prueba de la infracción de la *lex artis* sobre la que sustenta sus pretensiones, no es posible asumir su tesis.

Por todo lo expuesto, este Consejo Consultivo no puede sino compartir las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución de la SGT de la Consejería solicitante, porque el daño alegado no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración planteada por el reclamante, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios de La Rioja, por haberse ajustado su actuación rigurosa y estrictamente a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO