



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 5 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 12 de marzo de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.C.G.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 33/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 23 de enero de 2013 (Registro de entrada de fecha 4 de febrero de 2013) es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de M.C.G.R., al pretender el resarcimiento de un daño que ha sufrido en su persona como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

* **PONENTE:** Sr. Lorenzo Tejera.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LPAC y 4.2 RPRP, pues la interesada interpuso aquel escrito el 3 de noviembre de 2009, en relación con un proceso asistencial que persiste en el momento de la reclamación, siendo el 26 de enero de 2010 cuando, en consulta de oncología médica, se confirma la remisión completa de la enfermedad.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según transcripción literal del escrito de reclamación, por los siguientes hechos:

“Desde hace años me he venido sometiendo a revisiones ginecológicas periódicas por los facultativos del Servicio Canario de la Salud. A principios del año 2008 detecté la presencia de un bulto en la mama derecha que se notaba fácilmente al tacto, por lo que acudí a los Servicios Sanitarios Públicos, y, tras practicarme las pruebas que estimaron oportunas, se me dijo que se trataban de simples calcificaciones y que volviera para revisión en 3 ó 4 meses, esto pese a mis advertencias de que en ese mismo pecho ya presenté tiempo atrás otro bulto, que dio lugar a que se me sometiera a operación quirúrgica encaminada a extirparlo, si bien al final resultó benigno.

Como notaba que el bulto en la mama derecha seguía aumentando de tamaño, a principios del mes de mayo del mismo año 2008 acudí nuevamente al Médico de

Cabecera del Servicio Canario de la Salud, que me remitió nuevamente al Especialista en Ginecología, quien a su vez acordó la práctica de nuevas pruebas de diagnóstico, que se practicaron a finales del mismo mes de mayo, y que sirvieron para confirmar que presentaba un cáncer de mama.

Como consecuencia de esta tardía detección del cáncer, cuando se determina este diagnóstico ya se encuentra en estado muy avanzado, y los facultativos que me atienden deciden que procede someterme a varias sesiones de quimioterapia antes de plantear una intervención quirúrgica. En el tratamiento de quimioterapia se cometieron diversos errores, pudiendo luego conocer que no era el adecuado para el tipo de cáncer que presentaba lo que dio lugar a que no mermara el tamaño del bulto. Finalmente, en fecha 3 de diciembre de 2008, fui sometida a una intervención quirúrgica para extirpar el bulto y limpiar la zona afectada. Sin embargo, dados los resultados de la prueba de anatomía patológica practicada tras la intervención, tuve que pasar de nuevo por el quirófano para someterme a una extirpación total de la mama, en operación llevada a cabo el día 2 de enero de 2009”.

Se solicita indemnización de 150.000 euros por los daños sufridos como consecuencia del referido proceso asistencial, señalando a tal efecto la reclamante: *“Difícilmente se puede valorar el calvario que he sufrido y sigo sufriendo, pues, a la angustia de una enfermedad de esta gravedad, se une el haber estado sometida a un tratamiento médico durísimo que ha agotado mis fuerzas y que casi me lleva a la muerte, y que no sirvió para nada, conduciendo al final a la pérdida del pecho. Además tengo a mi cargo a una hija mayor de edad, pero con un retraso mental de más de un 90%, que depende de mí, y cuya atención se ha visto afectada por toda esta situación por la que he pasado”.*

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/92).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 16 de noviembre de 2009 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación y la proposición de pruebas, en su caso. Tras recibir notificación de

ello la interesada el 19 de noviembre de 2009, vendrá a aportar lo solicitado el 24 de noviembre de 2009.

- El 1 de diciembre de 2009 se insta nuevamente a la interesada a mejorar su solicitud con la determinación del centro asistencial a cuyo funcionamiento imputa el daño sufrido. Tras recibir notificación de ello el 3 de diciembre de 2009, por medio de escrito presentado el 16 de diciembre de 2009 viene la interesada a señalar que el centro referido es el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria.

- Por Resolución de 21 de diciembre de 2009 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, acordando, asimismo, la remisión del expediente para su tramitación a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, lo que se hace en la misma fecha. De ello es notificada la interesada el 19 de enero de 2010.

- Por escrito de 21 de diciembre de 2009 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, que lo emite el 7 de noviembre de 2011, tras haber recabado la documentación necesaria.

Para ello, el 2 de marzo de 2011, a instancia del Servicio de Inspección y Prestaciones, se solicita a la interesada que aporte la mamografía realizada en marzo de 2008, con indicación de qué facultativo solicitó dicha prueba y en qué fecha y en qué centro sanitario se realizó, así como quién informó y valoró aquella prueba.

A tales efectos, mediante escrito de 25 de abril de 2011, la reclamante indica que la prueba se le realizó el 26 de marzo de 2008 en el Hospital de la Candelaria, suscribiéndose el informe por la Dra. C.A. Se indica, asimismo, que la prueba se solicitó por el médico especialista en ginecología que le correspondió, que pasaba consultas en el Centro de Especialidades de Tomé Cano.

- Entretanto, el 10 de enero de 2011 la interesada presenta escrito en el que solicita impulso del procedimiento.

- A efectos de dictar acuerdo probatorio, el 14 de noviembre de 2011 se requiere a la reclamante para que aporte las pruebas de las que desee valerse, por lo que, aquélla, mediante escrito presentado el 28 de noviembre de 2011 señala que da por reproducidos los documentos ya aportados, a los que acompaña en este momento copia de determinados informes y demás documentos médicos.

- El 13 de diciembre de 2011 se dicta acuerdo probatorio, en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas y, puesto que obran ya todas en el expediente,

se declara concluso el periodo probatorio. De ello recibe notificación la interesada el 20 de diciembre de 2011.

- El 3 de febrero de 2011 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, recibiendo notificación la reclamante el 9 de febrero de 2012.

Así, el 14 de febrero de 2012 la interesada comparece solicitando copia de determinada documentación, que se le entrega en el mismo acto.

Con fecha 22 de febrero de 2012 se presenta escrito de alegaciones.

- A la vista del escrito de alegaciones, el 27 de febrero se remiten al Servicio de Inspección y Prestaciones para su valoración, emitiendo este informe complementario el 11 de abril de 2012.

- Dado el referido informe, se concede nuevo trámite de audiencia a la interesada el 22 de mayo de 2012, lo que le es notificado con aportación del informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones el 26 de mayo de 2012.

La reclamante presenta nuevo escrito de alegaciones el 6 de junio de 2012.

- Una vez tramitado, se remite expediente completo por la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

- El 22 de junio de 2012 se emite propuesta de resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, desestimando la pretensión de la interesada, emitiéndose borrador de Propuesta de Resolución por la Dirección Gerencia del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, en la que no consta fecha. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 23 de enero de 2013, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 18 de enero de 2013.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante. Se señala en la misma:

“El Servicio de Oncología Médica y el Servicio de Toco-Ginecología emiten sendos informes de fecha 10 de febrero de 2010 el primero y 7 de abril de 2010 el segundo. El Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe en fecha 2 de noviembre de 2011, al que se une informe complementario de fecha 11 de abril de 2012, emitido tras alegaciones de la interesada en trámite de audiencia. En los anteriores

informes, que sirven de motivación de la resolución de conformidad con lo establecido en el artículo 89.5 de la LRJAP-PAC, se verifican los siguientes datos:

a) La mamografía practicada el 26 de marzo de 2008 (solicitada por su Ginecólogo el 30 de noviembre de 2007) forma parte de las revisiones periódicas que la propia reclamante manifestó inicialmente al referir: «Desde hace años me he venido sometiendo a revisiones periódicas por los facultativos del Servicio Canario de la Salud».

b) La primera mención a bulto mamario en la Historia Clínica de Atención Primaria, consta en fecha 7 de mayo de 2008, desde donde se cursa petición de interconsulta a Ginecología, siendo atendida el 19 de mayo de 2008 por Ginecólogo en el Centro de Atención Especializada J. A. Rumeu. Se practica citología PAAF que se informa el 21 de mayo como sospechosa de malignidad (no se observan todos los criterios citológicos de malignidad o la celularidad es muy escasa).

c) En la siguiente visita al especialista, el 11 de junio de 2008, le cursa remisión para asistencia en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria donde es atendida al día siguiente, 12 de junio de 2008, iniciando la práctica de cuantas pruebas exploratorias y diagnósticas se consideraron oportunas, con el concurso de las distintas especialidades médicas involucradas en el tratamiento. La biopsia BAG se realizó el 27 de junio de 2008, con dicha biopsia se realiza sistemáticamente el diagnóstico histológico y la determinación de marcadores biológicos (receptores hormonales y otros). En esta misma fecha se practica la determinación Herceptest con resultado positivo.

d) Una vez confirmada la malignidad de la lesión, se correspondía con un estadio clínico T3NxM0, correspondiente a un tumor mayor de 5 cm de diámetro (T3), no palpándose adenopatías en la axila (Nx) y no existiendo enfermedad a distancia (M0) según clasificación TNM de Internacional Union Against Cancer (UICC), esta situación se considera como un estadio temprano (aunque se aborde como una enfermedad avanzada, con quimioterapia antes de la extirpación tumoral, con la finalidad de hacer cirugía conservadora posterior).

e) Se inicia tratamiento con quimioterapia neoadyuvante (previo a la cirugía) el 9 de julio de 2008, siguiendo esquema establecido mediante consenso oncológico mundial, recogido en las Guías Clínicas de la Nacional Comprehensive Cancer Network (NCCN).

f) *Conviene aclarar que en el tratamiento del cáncer de mama se sigue un protocolo (plan de tratamiento) establecido en base a la experiencia científica que se tiene en el tratamiento de este tumor, es una herramienta de trabajo que unifica los criterios de diagnóstico y tratamiento y que está basada en la evidencia científica presente en el momento de su desarrollo, que permita su adaptación a los avances científicos a medida que se vayan produciendo. En el presente caso, la pauta terapéutica adoptada es adecuada, no es opcional, en base al tipo de tumor que existía, con tratamiento que se ha ajustado a los protocolos existentes en oncología y a las Guías de Práctica Clínica de la NCCN.*

g) *Ante la ausencia de la respuesta clínica prevista, se realiza preoperatorio y consulta con anestesia el 25 de noviembre de 2008 y tratamiento quirúrgico (tumorectomía + linfadenectomía axilar homolateral) el 3 de diciembre de 2008. A la vista del resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica, el estrecho margen de seguridad entre el tumor extirpado y el tejido sano circundante, así como la afectación de dos ganglios de cinco en nivel 1, se decide reintervención que se realiza el 2 de enero de 2009 (mastectomía simple).*

h) *A pesar de tratarse de un tumor que, por sus características y biología tumoral es de alto riesgo y agresividad, se ha logrado la remisión completa. Desde abril de 2011 la paciente comienza tratamiento para reconstrucción mamaria en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.*

De lo expuesto se concluye que no solo no existió demora en el diagnóstico, sino que los tratamientos administrados se iniciaron de forma inmediata, una vez conocida la malignidad de la lesión, ajustándose al consenso de la oncología mundial (Guías de la NCCN). Prueba de ello es que la paciente llegó a situación de remisión completa, tratándose de un tumor de alto riesgo y agresividad.

Teniendo en cuenta los informes existentes en el expediente y centrada la reclamación en la imputación de responsabilidad patrimonial se ha de tener por desestimatoria, pues debiendo entenderse la objetividad de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria conforme a la doctrina arriba expuesta, cabe significar que la patología sufrida por la paciente fue diagnosticada sin demora y su tratamiento fue el establecido en los protocolos internacionales, sin que se haya acreditado que hubiese una mala praxis médica, y consiguientemente ha de concluirse que las lesiones por las que se reclama responden a cursos médicos evolutivos ajenos a la infracción de la lex artis."

2. Pues bien, en el caso que nos ocupa, han de distinguirse las dos causas de responsabilidad patrimonial de la Administración en las que se fundamenta la reclamación de la interesada.

Por un lado, se afirma por la reclamante que se produjo retraso en el diagnóstico, como consecuencia del cual *“cuando se determina ese diagnóstico (carcinoma ductal infiltrante) ya se encuentra en estado muy avanzado”*.

Y, por otro lado, alude a un tratamiento incorrecto de su enfermedad.

A) En relación con la primera causa de la reclamación, esto es, el retraso en el diagnóstico, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de 7 de noviembre de 2011 se señala que en noviembre de 2007 se solicitó mamografía bilateral de control, dentro de los controles periódicos a los que la propia reclamante alude en su reclamación que se sometía. Tal mamografía se realizó el 26 de marzo de 2008.

Pues bien, es aquí donde se reconoce por el Servicio de Inspección y Prestaciones que no se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos necesarios para la determinación del correcto diagnóstico. Y es que, en la mamografía se informa del carácter denso de las mamas, que dificulta la valoración de la prueba, lo que debió haber indicado la realización de pruebas auxiliares o complementarias. Así, señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones en el punto 1 de sus conclusiones: *“Si bien no existieron signos indirectos de malignidad, el patrón descrito pudo enmascarar la presencia del nódulo y probablemente pudiera haber requerido la realización de técnicas complementarias, otras técnicas de imagen y cito-histológicas”*. Sin perjuicio de lo llamativo que resulta que no se aprecie en una mamografía un cáncer de más de cinco centímetros, y de que no conste en la historia clínica la mamografía, lo cierto es que, una vez señalado en el informe de la mamografía el carácter denso de las mamas que dificulta su valoración, cualquier conclusión de este informe resulta inútil y, por ende, inútil la prueba, debiendo haberse realizado prueba auxiliar.

Es en la consulta de 7 de mayo de 2008, cuando, ante la queja de la paciente que nota bulto en mama derecha desde principios del año 2008 (como afirma en su reclamación de 3 de noviembre de 2009 en coherencia con lo manifestado en entrevista en Unidad de Mama en junio de 2008), se remite a ginecólogo, que solicita PAAF el 19 de mayo de 2008.

Es en el informe de esta prueba, que se realiza el 22 de mayo de 2008, en el que se pone de manifiesto por vez primer la sospecha de malignidad: *“punción aspiración de mama citología sospechosa de malignidad”*.

Ante esta sospecha se realizan las pruebas precisas para confirmar aquella y determinar con exactitud el diagnóstico, que se alcanza el 27 de junio de 2008 (informe de BAG): *“Carcinoma ductal infiltrante con patrón cordonal y en nidos sólidos, con ocasionales microcalcificaciones, con escaso componente intraductal, presente en todos los cilindros recibidos. Se recomienda Q T”*. Así se afirma por el informe del jefe del Servicio de Oncología Médica: *“Se trata de paciente de 49 años en la actualidad, diagnosticada en junio-08 de un carcinoma ductal infiltrante (...)”,* y, más adelante: *“Que, una vez confirmada la malignidad de la lesión (27 de junio de 2008) (...)”*.

A la vista de los antecedentes obrantes en la historia clínica, ha de reconocerse un retraso en el diagnóstico de la enfermedad de la paciente desde el 26 de marzo de 2008, fecha en la que se informa mamografía con dificultad de valoración sin que se realicen pruebas complementarias, hasta el 27 de junio de 2008, fecha en la que se confirma el diagnóstico correcto, que conllevaría el tratamiento adecuado.

Ahora bien, afirmado el retraso en el diagnóstico, procede ahora preguntarse si éste ha influido, como afirma la reclamante, en que se haya producido una agravación de la enfermedad, al detectarse ya *“en estado muy avanzado”*. Sobre este punto sólo hay una manifestación en el expediente, y es la que se halla en el apartado a) de las “Consideraciones” del Servicio de Inspección y Prestaciones. Se señala allí: *“En 1999, Richards publicó en revistas científicas una revisión sistemática de 87 trabajos que evaluaban 102.000 pacientes y concluyó que los pacientes con un retraso total de entre 3-6 meses en el diagnóstico de un cáncer de mama puede tener un impacto en la supervivencia de las pacientes que se traduce en producir una disminución del 12% en la supervivencia de las pacientes como consecuencia de la progresión de la enfermedad en este periodo de tiempo (Influence of delay on survival in patients with breast cancer a systematic review Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns O, Ramirez AJ Lancet 1999, Apr 3, 353 (9159) 1119-26)”*.

Es pues, una evidencia científica la incidencia que tiene el retraso, a partir de los tres meses, en el diagnóstico en el cáncer de mama en la evolución y pronóstico de la enfermedad. Ahora bien, no podemos conocer cómo se ha de aplicar la

estadística antes señalada al caso concreto de la reclamante, qué probabilidad de empeoramiento produjo en su caso el retraso en el diagnóstico y cómo afectaron aquellos tres meses en la evolución de la enfermedad.

Se trata de cursos causales que no pueden conocerse, y, si bien, afortunadamente, la paciente actualmente se halla en situación de remisión completa, aunque no puede descartarse la recidiva, ya nunca podrá afirmarse cómo hubiera evolucionado si se hubiera diagnosticado tres meses antes. Es esta incertidumbre, unida a la certeza estadística acerca de la progresión de la enfermedad en el tiempo en el que no fue diagnosticada y, por ende, tratada, la que genera en el caso que nos ocupa responsabilidad patrimonial de la Administración, lo que conlleva la necesidad de resarcir a la reclamante por ello.

Si bien resulta difícil la valoración económica del daño sufrido por la reclamante, más allá del daño moral consistente en la angustia por el tiempo que medió entre el diagnóstico erróneo y el correcto aun sabiendo la interesada que tenía un gran tumor palpable y doloroso que no era valorado adecuadamente, sí es cierto que ha de valorarse en la indemnización la posibilidad de que, de haberse diagnosticado antes, no hubiera evolucionado tan desfavorablemente el cáncer, esto es, la *“pérdida de la oportunidad de recibir tratamiento antes y conseguir mejor evolución de la enfermedad”*.

Entendemos que tales daños morales, dadas las circunstancias del caso concreto, se cuantifican en 10.000 euros.

B) Respecto a la segunda causa de la reclamación de la interesada, esto es, incorrección del tratamiento que se le dispensó, ha de afirmarse que no tiene fundamento la reclamación. Y, es que, además de haberse enervado en el informe complementario del Servicio las “acusaciones” de la interesada en relación con la “alteración posterior” de datos de la historia clínica, ha quedado acreditada la adecuación a la *lex artis* del tratamiento realizado desde el diagnóstico de la enfermedad, adecuado a la patología de la paciente y a su respuesta clínica en cada momento, conforme a los protocolos establecidos al efecto. Así, de los informes obrantes en el expediente se extrae:

1.- Que dado el estadio clínico T3NxM0, correspondiente a un tumor mayor de 5 cm de diámetro (T3), no palpándose adenopatías en la axila (Nx) y no existiendo enfermedad a distancia (M0) según clasificación TNM de Internacional Union Against Cancer (UICC), procede el tratamiento con quimioterapia antes de la extirpación tumoral (quimioterapia neoadyuvante), tratamiento que va encaminado a disminuir el

volumen del tumor con la finalidad de hacer cirugía conservadora posterior. Este tratamiento se inicia el 9 de julio de 2008 siguiendo esquema establecido mediante consenso oncológico mundial, recogido en las Guías Clínicas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), por lo que no es un tratamiento, como señala el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, "opcional", sino el adecuado al tipo de tumor existente en función de la respuesta de la paciente. Así, se señala en el informe del jefe del Servicio de Oncología: *"Quimioterapia neoadyuvante según esquema AC x 3 (9/07 al 21/08 de 2008) que se cambió a AT por ausencia de respuesta clínica. Tras el primer ciclo de AT (10/09/08), la paciente presenta cuadro de neuropenia febril secundaria, que requirió ingreso en Oncología Médica (21 al 26 de septiembre de 2008). Posteriormente recibió 2 ciclos más de docetaxel neoadyuvante hasta el 29/10/08"*.

2.- Es ante la ausencia de la respuesta clínica prevista, cuando se decide tratamiento quirúrgico, inicialmente conservador. Así, se realiza preoperatorio y consulta con anestesia el 25 de noviembre de 2008 y tratamiento quirúrgico (tumorectomía + linfadenectomía axilar homolateral) el 3 de diciembre de 2008.

Este segundo paso también es correcto, pues sólo en última instancia, y con mayor razón con la edad de la paciente (mujer joven), se recurre a mastectomía, tratando de preservar la mama en un primer abordaje.

3.- A la vista del resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica, el estrecho margen de seguridad entre el tumor extirpado y el tejido sano circundante (menor de 1 mm), así como la afectación de dos ganglios de cinco en nivel 1, se decide reintervención que se realiza el 2 de enero de 2009 (mastectomía simple), que se complementa con tres ciclos de TXT.

4.- Actualmente la paciente está en situación de remisión completa y comienza tratamiento para reconstrucción mamaria en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.

Resume la corrección del procedimiento el jefe del Servicio de Oncología Médica en su informe, en el que concluye relacionando la corrección del tratamiento con el efecto logrado: la remisión completa de la enfermedad en la paciente:

"- QT previa a la cirugía por ser tumor mayor de 5cm.

- Intento de cirugía conservadora, con posterior mastectomía, obligada por el escaso margen entre tejido tumoral y sano.

- QT complementaria a la cirugía (3 ciclos de TXT)
- Herceptin, por tratarse de un Her2 (+++)
- Tamoxifeno, por tener el tumor RE (+)
- Radioterapia en lecho tumoral y axila, por el tamaño tumoral y la afectación axilar”.

3. De todo lo expuesto ha de concluirse que la PR no es conforme a Derecho, procediendo la estimación parcial de la reclamación de la interesada.

Así, si bien es adecuado el tratamiento que se dispensó a la paciente desde el momento en el que le fue diagnosticado carcinoma ductal infiltrante, sin embargo, como se ha señalado en el apartado 2.A) de este fundamento V, concurre responsabilidad patrimonial de la Administración en relación con el diagnóstico de la enfermedad, que se produjo tardíamente por no haber puesto la Administración a disposición de la reclamante todos los medios necesarios para el correcto diagnóstico. Por ello, ha de ser resarcida, tal y como se argumentó ya, en una cuantía que es estima en 10.000 euros por los daños morales sufridos.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, pues procede estimar parcialmente la reclamación de la interesada conforme a lo expresado en este Dictamen.