



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 31 de marzo de 2015.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.F.C. y V.F.C., en nombre y representación del menor A.F.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 78/2015 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. Los reclamantes, con representación acreditada del menor documentalmente, solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 200.000 euros por cada uno de ellos. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

3. Los interesados presentan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica sanitaria, por considerar que la asistencia que recibió la afectada fue inadecuada y causante de su fallecimiento.

En el escrito sobre la especificación de las lesiones producidas, remitido a petición del Servicio Canario de la Salud, alegan los reclamantes que la afectada falleció el 21 de junio de 2007 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid (Hospital General), a consecuencia de la inasistencia y dejación del médico de cabecera, así como del Hospital General de Arrecife, por no practicar las pruebas diagnósticas pertinentes para determinar la enfermedad de la paciente. Pruebas que con posterioridad fueron realizadas en el citado Hospital General y se determinó la enfermedad. Por lo que los interesados entienden que si el Servicio Canario de la Salud ("sus médicos de Arrecife") le hubiesen prestado la debida asistencia sanitaria a la enferma, practicando las pruebas diagnósticas oportunas y necesarias, se podría haber tratado la enfermedad con mayores garantías de éxito ("quimioterapia y posterior operación") y que, por el contrario, se ha incurrido en pérdida de oportunidad y pérdida de calidad de vida y sus consecuentes efectos por el sufrimiento físico-psicológico que soportó la afectada dado el cuadro clínico que presentaba y la asistencia que su gravísima afección demandaba y no recibió, habiendo fallecido el 21 de junio de 2007 en el Hospital General, en Madrid.

4. En el procedimiento incoado los reclamantes ostentan la condición de interesados en cuanto titulares de un interés legítimo, puesto que alegan haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento.

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

La reclamación fue presentada por los interesados el 9 de junio de 2008, en relación con el fallecimiento de la hermana y madre de los reclamantes. No puede por ello ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC.

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 art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con

los arts. 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 SCS.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión del dictamen solicitado. Si bien se suspendió el procedimiento por el tiempo que mediere entre la solicitud del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones por tiempo máximo de tres meses, se incumplió el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado en virtud de Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPAPRP). La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.4.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

Consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite mediante Resolución de 22 de diciembre de 2008 por la Secretaria General de Servicio Canario de la Salud, tras la subsanación efectuada por los interesados (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución.

Así, la instrucción del procedimiento recabó los informes de los Servicios que atendieron a la paciente y a cuyo funcionamiento se imputa el daño, así como el informe preceptivo del Servicio de Inspección y Prestaciones, de acuerdo con el art. 7 RPAPRP. También se acordó la apertura y práctica del periodo probatorio y, a continuación, se concedió el preceptivo trámite de audiencia, sin que los interesados formularan alegación alguna al respecto, siguiendo lo preceptuado en los arts. 9 y 11 RPAPRP.

Finalmente la Propuesta de Resolución se emitió, con sentido desestimatorio, el 19 de febrero de 2015, previamente informada con carácter favorable por el Servicio

Jurídico en fecha 12 de febrero de 2015, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

II

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto planteado, en el expediente resulta acreditada la siguiente secuencia de hechos en relación a la atención sanitaria recibida por la afectada:

Primero.- En fecha 17 de abril de 2006 la afectada fue asistida en el Centro de Salud de Valterra (Arrecife-Lanzarote) por padecer síntomas de epigastralgia de días de evolución acompañado de escalofríos sin fiebre, náuseas ni vómitos, flatulencias frecuentes y sensación subjetiva de distensión abdominal. Tras exploración normal, diagnóstico de dolor abdominal inespecífico vs. epigastralgia pautando omeprasol vo.

El 22 de mayo de 2006, la paciente acude nuevamente por recidiva de la sintomatología por lo que se le cambia a un inhibidor de bomba de protones más potente (folio 78).

El 24 de julio de 2006, por persistencia de sintomatología, en la EF se objetiva un aumento de peso (obesidad) y cambios en el hábito intestinal (estreñimiento de 2-3 días) con abdomen muy distendido y meteorismo muy marcado, por lo que se solicitó radiografía de abdomen e IC Digestivo.

El 8 de agosto de 2006, acude por prolapso hemorroidal que se trata y remite. El 29 de agosto informa en la consulta que ante la persistencia del dolor abdominal ha solicitado consulta con un Digestivo privado para el 01/09/2006.

El 1 de septiembre de 2006, se realizó estudio de dolor abdominal por Digestivo privado. El 5 de septiembre la paciente aporta a la Directora Médica de APS-Área de Salud de Lanzarote informe del especialista de Digestivo de la clínica H. con la solicitud de analítica, Eco-abdominal (que le realizará el 20/09/2006), a la espera de gastroscopia. En tratamiento con Duphalac para el estreñimiento refiere poca efectividad y lo sustituye por Oponaf. El 18 de septiembre de 2006, la paciente le facilita a la médico que la asiste los resultados de Endoscopia alta. Resultando:

- Gastroscopia (el 12 de septiembre de 2006): Gastritis astral severa. Duodenitis con bulbo en salami y Barret corto. Pendiente de Anatomía patológica y biopsia para diagnóstico de *helicobacter pylori*. A-P (anatomía patológica): Gastritis crónica asociada a h. pylori, en tratamiento erradicador quedando asintomática.

- Eco. ABD, el 20 de septiembre de 2006: intensa pantalla de gas abdominal, resto normal. Por dicho diagnóstico se le prescribió Aeroflat en comprimidos y Spasmoctyl (folios del expediente sobre las pruebas practicadas en la clínica H. Lanzarote núms. 100 y ss.).

En fecha 15 de octubre, se objetiva en el Área de Salud pérdida de peso, dolor en epigastrio, estreñimiento y deterioro del estado general; se remite a centro hospitalario el 17 de noviembre de 2006, siendo ingresada el mismo día.

Según el informe clínico del Hospital Doctor M.O., de Lanzarote:

Gastroscopia normal y colonoscopia hasta ciego normal.

TAC ABD con contraste, 21 de noviembre de 2006: masa retroperitoneal localizada justo por debajo de salida de arteria mesentérica superior, envolviendo arteria hepática y esplénica entre aorta y por detrás de cabeza pancreática que mide 3x3x3 cm. y plantea entre los diagnósticos diferenciales: masa adenopática vs. neoplasia pancreática, a completar con estudio de RMN (se solicita el 23 de noviembre de 2006).

RMN ABD, 28 de noviembre de 2006: A nivel retroperitoneal y retropancreática se observa una masa hipointensa en todas las secuencias de 3,5 cms. que ante la señal magnética y el medio de contraste se comporta como linfoma. No se observan otras alteraciones significativas en el resto de la exploración realizada.

Ello determina JC: MASA ABDOMINAL EN ESTUDIO. POSIBLE LINFOMA. PRECISA BIOPSIA DE LA MASA DE FORMA PREFERENTE.

Se aconseja su traslado a su ciudad de origen (Madrid), para realizar la biopsia e iniciar tratamiento.

Alta el 30 de noviembre de 2006 (folios núms. 82 y 83).

Segundo.- Traslado Hospital Gregorio Marañón- Madrid:

“El día 11 de diciembre de 2006 acude a despedirse y a solicitar traslado de expediente de IT a Madrid. Me manifiesta que al encontrarse sola en la isla, con un hijo de corta edad y a la vista del diagnóstico prefiere trasladarse a Madrid para contar con el apoyo de su familia. Le proporciono suplemento alimenticio oral” (folio 79) (Dirección médica del Área de Salud de Lanzarote).

Anotación del Servicio de Medicina Interna - Hospital G. U. Gregario Marañón, de 26 de diciembre de 2006: mujer 42 años remitida de Lanzarote para biopsia de masa abdominal Ca. páncreas vs linfoma?).

Ingresó el 4 de enero de 2007 para estudio de masa retroperitoneal en el tronco celíaco, síndrome constitucional severo de 6 meses de evolución.

Pruebas Complementarias:

TAC ABD el 5 de enero de 2007: masa de 4 cm. de diámetro hipodensa que engloba el tronco celíaco y que se extiende desde el ligamento gastrohepático hasta la salida de la arteria mesentérica superior sin plano de clivaje graso con la cara posterior del páncreas ni con las estructuras vasculares, sugerentes de la infiltración de las citadas áreas, la masa podría corresponder a conglomerado adenopático secundario. Engrosamiento concéntrico de la unión G-E en la porción más craneal del fundus gástrico, sugerente de TU a este nivel.

Endoscopia alta, 11 de enero de 2007: A nivel del cardias lesión ulcerada de aspecto infiltrativo, se toman biopsias. AP: mucosa cardio-esofágica con gastritis crónica simple.

En fecha 10 de enero de 2007 se revisa TAC ABD de 5 de enero donde se visualiza engrosamiento de la unión G-E y fundus gástrico, sugestivo de Tu. Primario. Se contacta con el Servicio de Digestivo y se plantea repetir endoscopia alta y biopsias.

Tratamiento: se desestima punción de masa retropancreática por no existir acceso. Se hace IC a dolor crónico indicando tratamiento analgésico. Valoración por Comité de Tumores: QT+RT coadyuvante. Alta 19 de enero de 2007.

El 21 de enero de 2007, la paciente ingresó para realizar endoscopia alta con sedación: a nivel del cardias se objetiva lesión ulcerada de bordes nodulares y consistencia aumentada que sangra con el roce y sugestivo de neoplasia, se toman biopsias múltiples. AP: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Diagnóstico: Ca. de la unión G-E estadio III con afectación ganglionar masiva en tronco celiaco. Alta el 26 de enero de 2007.

En fecha 20 de febrero de 2007, la paciente inicia tratamiento con quimioterapia. Esquema ECF hasta 3 ciclos; esquema ECF y posterior reevaluación para tratamiento quirúrgico radical. Disfagia que requiere nutrición entera mediante sonda nasogástrica. Mal control del dolor a pesar del tratamiento. Último ciclo el 10 de abril de 2007.

El 23 de febrero de 2007, se descarta la existencia de afectación ósea.

El 27 de abril de 2007, en el TC cuerpo de control realizado se observa notable mejoría respecto al previo.

En fecha 4 junio de 2007, TC tóraco-abdominal: engrosamiento mural del cardias de aspecto tumoral (probablemente localmente avanzado) se demuestra adenopatias en el área celiaca.

En fecha 4 de junio de 2007, la paciente ingresó para cirugía programa: Gastrectomía total (5 de junio de 2007) con resección de 15 cm. de esófago distal más anastomosis esófago-yeyunal y yeyunostomía sobre Kehr (cirugía paliativa por tumor irresecable) se deja 2 Jackson-Pratt a mediastino: uno derecho sub-hepático y otro izquierdo subfrénico.

En fecha 6 de junio de 2007, se realizó el protocolo de intervención. Hallazgo: Tumoración cardias de 6 cm. móvil, que infiltra el pilar diafragmático. Bloque adenopático en tronco celiaco que se extiende por art. gástrica izq. art. hepática izq. accesoria de la art. gástrica izq., de unos 2 mm. que se clampa y no ocasiona cambios macroscópicos en el parénquima hepático, por lo que se secciona entre ligaduras, por considerarse imprescindible para la resección. La masa adenopática se extiende también a lig. hepato-duodenal. Es una masa pétreo, fija a páncreas y aorta irresecable. Se decide oastrectomía total paliativa para la disfagia. Anastomosis esófago-yeyunal Y-L, el extremo yeyunal se invagina con sutura continua.

Complicaciones postoperatorias: Shock séptico. Derrame pleural derecho purulento (empiema). SDRA. Fuga por anastomosis (pequeña burbuja pleural). Diagnosticada de fístula pleura-anastomótica y desestimada actitud quirúrgica.

El 16 de junio de 2007, la afectada sufre parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria secundaria a insuficiencia respiratoria aguda por derrame pleural, sepsis grave por mediastinitis.

2. En cuanto a los informes de los facultativos del Servicio Canario de la Salud que asistieron a la paciente, cabe hacer mención de los siguientes:

El informe la Dirección Médica de APS-Área de Salud de Lanzarote coincide con la secuencia de hechos asistenciales médicos descritos por el Servicio de Inspección y Prestaciones, así como con el historial médico de la paciente. Además, confirma la solicitud de la paciente para trasladarse y ser tratada en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid (folios núms. 78-80).

El informe emitido por el Jefe de Sección del Aparato Digestivo, del Área de Salud de Lanzarote, de fecha 20 de mayo de 2010, indica:

«(...) la enferma que llevaba varios meses con síndrome constitucional, se ha llegado a un diagnóstico en menos de 10 días.

El diagnóstico era casi con seguridad una neoplasia en región abdominal que pudiera ser pancreática ó retroperitoneal, después de realizar analíticas, gastroscopia, colonoscopia, ecografía abdominal, TAC abdominal y RMN que confirmaron ese diagnóstico.

Para completar el diagnóstico, era necesario una biopsia de la misma y ésta biopsia es difícil realización de forma directa y era preferible realizarla con eco endoscopia que da un diagnóstico más claro y se toma directamente biopsias.

Como en estas fechas no había en toda la zona de Canarias esta prueba, se habló con la enferma que al tener un seguro privado de funcionarios, ella dijo que prefiere ir a Madrid donde tiene familia y que puede tener más facilidad de realizar dicha prueba.

A su propia petición y de mutuo acuerdo, he accedido a su demanda para viajar a Madrid y realizar dicha prueba».

La Inspección Médica de Lanzarote en su informe afirma que en la Unidad de Salud Laboral de la Inspección Médica consta un traslado indefinido. La Inspección Médica autoriza traslado a la Inspección Médica de Madrid para control de la situación de incapacidad temporal mientras dure el desplazamiento (folio núm. 86 del expediente).

3. Finalmente, los citados hechos -asistencia recibida, pruebas realizadas, posibles diagnósticos, etc.- también constan en el mismo sentido en los informes sobre el curso clínico, gráfica, colonoscopia, órdenes médicas, tratamientos pautados, observaciones de Enfermería, entre otros, todos ellos emitidos por el Servicio Canario de la Salud correspondientes con las fechas en las que la afectada fue asistida (folios del expediente 564 y ss.).

III

1. La Propuesta de Resolución, con cita de la STSJ 828/2014 de 25 de abril de Castilla León, desestima la reclamación presentada al considerar que no se ha acreditado la relación de causalidad entre la actividad sanitaria prestada a la paciente y su fallecimiento, y que no se han vulnerado los parámetros de la *lex artis*

al haberse adoptado todas las medidas necesarias en orden a la obtención de un diagnóstico certero.

2. En resumen, los reclamantes sostienen que la deficiente asistencia sanitaria recibida por la afectada en el Servicio Canario de la Salud determina la existencia de la pérdida de oportunidad y el sufrimiento físico y psíquico al que estuvo sometida la paciente durante todo el proceso.

Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones, concluye en su informe:

«(...) Se trata de patología con semiótica inespecífica inicial en la que se procede a estudio mediante pruebas complementarias, gastroscopia con resultado de gastritis y duodenitis tratada y con alivio sintomático; estudio que no lanza resultados sospechosos de patología maligna.

Por deterioro del estado general se ingresa en el H. General de Lanzarote, se inicia protocolo de estudio de dolor abdominal con resultados analíticos normales; solicitado además los marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario alto, resto normal. Con informe de endoscopia alta y baja que descarta patología tumoral.

Es a partir del resultado del TAC de abdomen que se aprecia una masa y se prosigue con el estudio de RMN con la finalidad de ahondar en el diagnóstico.

Si bien en el estudio de TC ABD practicado en noviembre 2006 se informa de masa retroperitoneal, no se informa de la unión E-G, probablemente por no existir alteración a ese nivel en ese momento (y sin apariencia endoscópica de anomalía a nivel de la unión G-E).

De las pruebas practicadas por digestivo privado no se descubre origen tumoral, al igual que por los resultados de endoscopia alta y baja practicados durante el ingreso; es a partir de la realización de la tomografía cuando aparecen los datos que dirigen los síntomas a patología tumoral. Y es en Madrid y a partir de la segunda endoscopia alta y biopsias múltiples que da la información correcta y finalmente el diagnóstico del tumor primario.

En la primera endoscopia y a pesar de estar orientado el tumor en esa localización los resultados de la anatomía patológica son normales.

Todo lo anterior demuestra la dificultad diagnóstica.

Tras la revisión del expediente se evidencia que en todo momento se realizaron las pruebas aconsejadas por la ciencia médica, habiéndose puesto a su disposición los

medios técnicos con que contaba el Servicio Canario de la Salud y los conocimientos médicos según la evolución de la Medicina, hasta llegar al punto del diagnóstico en que precisaba prueba no disponible en el sistema sanitario de la comunidad, según informe, y que aconsejaba completar estudio en otro centro. Traslado llevado a cabo por acuerdo entre el médico y la paciente, además de las circunstancias personales y familiares.

Se desprende de las anotaciones realizadas en el Hospital U. Gregorio Marañón que fue derivada e iniciado estudio con iguales resultados que los lanzados previamente y que precisaba la prueba -ya recomendada- en el Hospital General de Lanzarote, la ecoendoscopia; que es la que finalmente da resultados definitivos.

La paciente fue adecuadamente tratada en todo momento, sin que se hubiera producido una demora injustificada, retraso diagnóstico o actuación negligente en su tratamiento, toda vez que fue convenientemente evaluada, una vez solicitadas las pruebas que resultaban necesarias.

Se entiende la participación voluntaria del traslado, tal como afirma su médico de cabecera y se deduce del expediente existente en salud laboral.

El tumor diagnosticado es de pronóstico sombrío, con evolución infausta y con complicaciones derivadas de la cirugía, sin participación alguna el supuesto retraso alegado por el reclamante.

Se concluye:

- No signos de anomalía objetivos en la EF, no se palpa adenopatías en cadenas accesibles. Semiótica inespecífica.

- Primera endoscopia con resultado inflamatorio. Anatomía Patológica descarta origen tumoral.

- Consta que fue remitida desde los servicios sanitarios de Lanzarote para biopsia.

- Traslado en la U. Salud Laboral fechado el 11.12.2006.

- Valoración e inicio estudio en el H.G.U Gregorio Marañón el 26.12.2006.

- La necesidad de repetición de endoscopia alta (eco-guiada) y múltiples biopsias para el diagnóstico definitivo.

- Dificultoso estudio-punción- de la masa por poca accesibilidad y mal control analgésico.

- El diagnóstico definitivo se obtiene tras la cuarta endoscopia alta practicada.

Por todo lo anteriormente expuesto, se pone de manifiesto la dificultad diagnóstica y el difícil acceso a la tumoración que obliga a la repetición de pruebas complementarias. La asistencia sanitaria prestada a la paciente fue en todo momento ajustada a la *lex artis ad hoc*. De los tiempos empleados no se puede deducir ni error diagnóstico ni negligencia médica».

3. Pues bien, de la información médica y demás documentación obrante en el expediente anteriormente expuesta, teniendo en cuenta que la presente reclamación se encuentra dirigida contra el Servicio Canario de la Salud, se efectúan las siguientes consideraciones respecto de la misma.

Ha quedado acreditado que la paciente fue tratada adecuadamente por el Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, sin sufrir demora injustificada, pues se le practicaron las pruebas pertinentes siguiendo el protocolo médico establecido al efecto, de acuerdo con la disposición de los medios sanitarios existentes en el momento. Por tanto, no hubo retraso injustificado en el diagnóstico de la paciente o actuación negligente en su tratamiento, siendo asistida correctamente según los resultados obtenidos de las pruebas practicadas en concordancia con sus dolencias.

Según los informes obrantes en el expediente, ha quedado demostrado que la enfermedad padecida por la afectada fue de complicada detección, con evolución infausta y complicaciones derivadas de la cirugía «dificultad diagnóstica y el difícil acceso a la tumoración que obliga a la repetición de pruebas complementarias».

En definitiva, la asistencia sanitaria prestada a la paciente se considera ajustada a la *lex artis ad hoc*, sin que se pueda relacionar causa de retraso o pérdida de oportunidad, como alegan los interesados, con una deficiente asistencia sanitaria del Servicio Canario de la Salud.

4. Por consiguiente, se coincide con la Propuesta de Resolución en que no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de la salud porque el resultado no fue consecuencia de una actuación médica incorrecta o de una omisión de medios, ya que se ha acreditado que se practicaron las pruebas precisas en todo momento para la determinación de un diagnóstico certero, aprobándose incluso su traslado a Madrid para una mayor efectividad en el tratamiento de la enfermedad, al ostentar el

señalado Hospital General una mayor disposición de medios y mayor proximidad familiar.

En definitiva, se considera que no hubo pérdida de oportunidad de curación de la paciente, sino que todo el proceso fue consecuencia de la propia enfermedad. La actuación médica fue conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que se haya llegado a acreditar la existencia de nexo causal entre el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud y el daño por el que se alega.

En este sentido, es reiterada la jurisprudencia que sostiene que la privación de expectativas o pérdida de oportunidad se concreta en que basta con cierta probabilidad que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza, para que proceda la indemnización en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad (SSTS de 7 de septiembre de 2005, 26 de junio de 2008, 25 de junio y 23 de septiembre de 2010). Lo que no es el caso.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se estima conforme a Derecho.