



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 299/2018

(Sección 2ª)

La Laguna, a 26 de junio de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 251/2018 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual iniciado por escrito de reclamación presentado el 11 de febrero de 2016, a instancia de la interesada, siendo admitido a trámite mediante Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de fecha 7 de marzo de 2016, tras solicitud de mejora de la reclamación el 23 de febrero de 2016.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada asciende a 90.000 euros. Ello determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimidad del Consejero 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, 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 que, en virtud de la disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

---

\* Ponente: Sr. Lazcano Acedo.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo dispuesto en la Disposición transitoria tercera, a), en relación con la Disposición derogatoria 2, d) y la Disposición final séptima LPACAP.

3. La interesada, insta la iniciación del procedimiento por la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada, según alega, por el Servicio Canario de la Salud (SCS). Concretamente, fundamenta su pretensión, según se ha expuesto anteriormente, en que el 12 de febrero de 2015 se tuvo que someter a una intervención quirúrgica consistente en la amputación de la mama derecha por habersele detectado el cáncer de mama tardíamente, debido al deficiente funcionamiento del SCS.

4. En el procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo, al alegar daños personales como consecuencia de la actividad sanitaria, 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, presuntamente, se vincula el daño.

5. 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 Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del SCS, 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.

## II

Consta en el expediente la siguiente información:

- Por Resolución de 7 de marzo de 2016 la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud admite a trámite la reclamación formulada, y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

El 8 de marzo de 2016 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) a la vista de la historia clínica y los informes preceptivos. El SIP emite informe el 4 de agosto de 2017 (folios 91-102), acreditando los siguientes hechos:

- La paciente, (...), de 61 años, antecedentes familiares: madre diagnosticada de carcinoma de mama a los 80 años, hermano y padre afectos a otros tipos de cánceres.

- La paciente se realizaba mamografías, según el programa de detección de carcinoma de mama y desde el año 2004, con clasificación de mamas BIRADS1, que se traduce como prueba negativa para patología mamaria, debiendo seguir detección cada dos años.

- A partir de 2012, comienzan controles anuales por alto riesgo, dado antecedentes familiares y así hasta el año 2013 con diagnóstico BIRADS 1.

- Presenta mamas densas. En su historia clínica figura desde 2012: «ambas mamas con patrón fibroglandular denso».

- El 23 de octubre de 2014, se realiza mamografía, que es valorada por dos radiólogos especialistas en mama, con experiencia de 10 años, sin encontrar patología.

- El 26 de noviembre de 2014, la paciente acude al Servicio de Ginecología del Hospital de Ntra. Sra. de Las Nieves, de El Hierro, para revisión. Aporta la mamografía realizada en octubre de 2014, en la cual se refiere que es normal y recomiendan control anual por antecedente familiar. Se realiza exploración genital y ecográfica abdomino-genital, normalidad de las pruebas. A la exploración mamaria, se observa en mama izquierda adenopatía axilares. En mama derecha, nódulo en intercuadrantes superiores, móvil, de 2,5 cms de diámetro, consistencia dura. Se habla con el radiólogo y se solicita eco de mama urgente.

- Tras ecografía urgente el 26 de noviembre de 2014, se observa una lesión sólida en mama derecha, mal delimitada de 2.8 por 2.9 cm, con signos indicativos de carcinoma de mama, diagnóstico BIRADS 5 (muy probable maligno, requiere biopsia). Se recomienda valoración por la Unidad de Mama del HUNSC y realizar estudio histológico.

- La Unidad de Patología Mamaria del HUNSC valora a la paciente el 18 de diciembre de 2014, se realiza interconsulta a rayos para mamografía unilateral,

ecografía y biopsia por diagnóstico de nódulo de mama derecha de características malignas.

- El 19 de diciembre de 2014 se realiza BAG ecoguiado (punción aspiración de mama con aguja gruesa, guiado por ecografía); resultado de malignidad con tumoración infiltrante, carcinoma ductal infiltrante o invasivo en zona intercuadrantérica externa de mama derecha (sic por el subrayado).

- El 8 de enero de 2015 se realiza PAF o punción-aspiración con aguja fina, mama y adenomegalia axilar derecho. Resonancia magnética BIRADS 6 de masa retroareolar y externa en cuadrante de mamario inferior. De unos 4 por 4,2 por 4 cms.

- Segunda consulta el 15 de enero de 2015 en Patología de Mama del Servicio de Ginecología.

- El estudio ecográfico muestra una masa sólida de 5,7 cm por 2,4 cm.

- El 20 de enero de 2015, se reúne el comité de tumores. Se propone para vasectomía más BSGC (biopsia selectiva de ganglio centinela axilar derecha) firma consentimiento informado (sic subrayado). (Folio 98).

- El 12 de febrero de 2015, se interviene quirúrgicamente realizándose mastectomía neoplástica derecha, más linfadenectomía axilar derecha al no poder localizar ganglio centinela.

- Diagnóstico final tras cirugía realización de estudio anatomopatológico: carcinoma ductal infiltrante de 5.5. cm., grado histológico 3, (que significa que las células y el tejido se ven anormales en su mayoría, metástasis en 3 ganglios linfáticos de 20 biopsiados) pT3, PN1a.T3. (sic folio 94).

- N1 es cuando el tumor se ha diseminado al menos a un ganglio axilar, siendo éste móvil.

El estadiaje (sic) es IIIa tumor de 50mm y que se ha diseminado a uno o más ganglios.

El estudio celular también destaca que son células receptores (sic) de estrógenos positivos, por ello se beneficiarán de tratamiento hormonal (sic).

Además presenta KI 67 del 20% (indica índice de crecimiento del tumor en %, siendo más de 15% cuando el tumor es más agresivo).

- El tamaño del tumor extirpado es de 4,3x5,5x3 cm (5,5 es la máxima dimensión del foco tumoral dominante).

Márgenes quirúrgicos de la pieza extirpada sin datos de carcinoma.

Fecha de alta hospitalaria el 27 de febrero de 2015.

Al alta seguimiento por consultas externas de Patología de Mama, acudir al Servicio de Rehabilitación del Hospital, seguir tratamiento analgésico recomendado por la Unidad de Dolor Crónico, Unidad en la que está en tratamiento por poliartrosis desde hace unos años.

- Posteriormente es valorada por el Servicio de Oncología Médica, donde le administran tratamiento adyuvante (sic) quicio aterápico y hormonoterapia posterior.

- La quimioterapia es efectuada desde abril de 2015 a septiembre de 2015.

- Tras quimioterapia, la paciente sigue tratamiento hormonal posterior con Letyroxol.

(Los subrayados son del informe del SIP)

El plan terapéutico es radioterapia externa con fotones de acelerador lineal sobre todo mamario derecho y áreas ganglionares axilares supraclavicular homolateral (sic).

- Con fecha 20 de mayo de 2015, tras realización de TAC de tórax/pelvis con contraste no evidencia metástasis a distancia ni recidiva local.

- Con fecha 4 de diciembre de 2015, se le practica nuevo TAC de tórax/abdomen/pelvis con contraste no evidencia de metástasis a distancia ni recidiva local.

Seguimiento por unidad de dolor, con infiltración de toxina botulínica para bloqueo de músculo cuadrado lumbar.

- Se realiza radiofrecuencia intercostal.

- La Unidad de Dolor trata tanto los dolores por los achaques previos como los posteriores tras la tumoración.

- Posteriormente sigue controles sucesivos por los servicios implicados.

- Resonancia magnética cerebral realizada el 7 de septiembre de 2015, por cuadro de cefaleas tras quimioterapia, y que padece desde julio de 2015, resultado normal.

- El 26 de octubre de 2015, comienza con tratamiento radioterápico externo tanto en zona mamaria derecha como supraclavicular y axilar derecha.

- Por tanto hasta la fecha el tratamiento efectuado a la paciente es: mastectomía, linfadenectomía, quimioterapia y radioterapia.

- En enero de 2016 se practica mamografía de seguimiento con diagnóstico de normalidad.

- El 3 de febrero de 2016 el Servicio de rehabilitación se encarga de la prevención de la cirugía de mama. Sigue controles con la Unidad del Dolor, tratamiento médico Neurontin y Tramadol para su poliartalgia y fibromialgia.

- El 4 de febrero de 2016 firma consentimiento informado para bloqueo epidural caudal en la Unidad de Dolor, que se efectúa para controlar su dolor lumbar-espondiloartrosis.

- El 29 de febrero se cambia el tratamiento hormonal por otro más recomendado dado la oostopenia y sintomatología ósea. En estas fechas se repite RMN craneal de control, sin encontrar cambios significativos con respecto al previo.

- El 7 de marzo de 2016, el Servicio de Oncología remite a la paciente al Servicio de Neurología Hospitalario para estudio del cuadro de cefaleas y mareos. El juicio diagnóstico de este Servicio es de cefalea crónica tensional, déficit de atención y concentración, con sdr ansioso depresivo y lesiones hiperintensas en sustancia blanca cerebral inespecíficas, inicia tratamiento médico y seguimiento por el Servicio de Neurología.

- Con fecha 28 de junio de 2016 entre las pruebas de seguimiento figura una ecografía abdominal normal.

- Seguimientos continuados, por tanto, no sólo por el Servicio de Oncología sino por todos los servicios implicados, como también el de Psiquiatría (juicio diagnóstico de reacción depresiva prolongada).

El SIP concluye en su informe: la responsabilidad era tratar y posteriormente cuidar y preservar la salud de la paciente, todo lo cual se realiza con éxito. No se observa mala praxis.

### III

En lo concerniente al procedimiento propiamente dicho, constan en el expediente las siguientes actuaciones, tras la admisión a trámite el 7 de marzo de 2016:

- Con fecha 13 de septiembre de 2017, se emite acuerdo probatorio, admitiendo las pruebas propuestas por las partes.

a) Por la reclamante:

- Historia clínica relativa a los hechos objeto de reclamación

- Testifical a practicar a los médicos radiólogos: (...), (...).

b) Por parte de la Administración:

- Informe del SIP, de 4 de agosto de 2017(folios 91-103).

- Informe de la Unidad del Dolor HUNSC (folios 195-106).

- Informe de la Unidad de Patología de mama HUNSC (folios 107-109).

- Informe del Servicio de Programas Oncológicos de la D.G. de PPAA (folio 111).

- Informe del Servicio de Ginecología HUNSC (folio 114).

- Informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de El Hierro (folios 736-737).

- Historia Clínica relativa a los hechos objeto de la reclamación.

Tal Acuerdo es notificado a la interesada el 19 de septiembre de 2017 y la testifical del Dr. (...) se efectúa el 18 de octubre de 2017 (folios 763-767), la de la D.<sup>a</sup> (...) el 3 de noviembre de 2017 (folios 772-775).

- El día 17 de noviembre de 2017, se concede a la interesada el preceptivo Trámite de vista y Audiencia del expediente, confiriéndole un plazo de diez días hábiles para que alegue lo que a su derecho convenga. El representante de la interesada comparece el 21 de noviembre de 2017 para retirar copia el expediente completo. Transcurrido el plazo conferido la interesada no aporta nueva documentación, tampoco escrito de alegaciones. El 17 de abril de 2018 se emite informe preceptivo por el Servicio Jurídico que estima la propuesta de Resolución desestimatoria conforme a Derecho.

- Finalmente, en fecha 18 de abril de 2018, se emite la Propuesta de Resolución objeto del presente dictamen.

## IV

1. Este Consejo Consultivo ha manifestado de forma reiterada y constante acerca de la distribución de la carga de la prueba, que es al interesado a quien le

corresponde demostrar la veracidad de sus alegaciones en virtud de la normativa general sobre la carga de la prueba (art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), señalándose al respecto por este Consejo que quien afirma la existencia de unos hechos en los que se basa su posición jurídica en un asunto controvertido debe probar fehacientemente su existencia. No basta, por tanto, con alegar la existencia y características de un hecho; es necesario acreditarlo; es decir, que corresponde al demandante la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda, y corresponde al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica pretendida por el demandante (Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero, 80/2017, de 15 de marzo, 210/2017, de 4 de julio, 11/2018, de 11 de enero y 100/2018, de 15 de marzo, entre otros muchos).

2. Con carácter general es necesario tener en cuenta (por todas, la STS de 5 de enero de 2008) que «la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico tiene su base no solo 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, sino también, de modo específico, en el art. 106.2 de la propia Constitución al disponer que los particulares en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa, que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado, habiéndose precisado en reiteradísima jurisprudencia que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el



nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la misma 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, como hemos declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido».

Ello no obstante, la STS de 17 de abril de 2007 señala que «Sobre la existencia de nexo causal con el funcionamiento del servicio, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, así señala la Sentencia de 14 de octubre de 2003 que: “Como tiene declarado esta Sala y Sección, en Sentencias de 30 de septiembre del corriente, de 13 de septiembre de 2002 y en los reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo, que la anterior cita como la Sentencia de 5 de junio de 1998, la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico. Y, en la Sentencia de 13 de noviembre de 1997, también afirmamos que “Aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla”».

3. Más específicamente, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando (SSTS Sala 3ª, de 25

de abril, 3 y 13 de julio, 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008, o 29 de junio de 2010) «que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente».

Es igualmente constante la jurisprudencia (SS. 3 de octubre de 2000, 21 de diciembre de 2001, 10 de mayo de 2005 y 16 de mayo de 2005, entre otras muchas) que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de lo que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible.

En definitiva y como indica la STS de 16 de enero de 2012: «(...) en el ámbito sanitario, su evidencia constituye una obligación de medios. Y, así a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que una actuación correcta y a tiempo conforme a las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Como expresa la Sentencia de esta Sala y Sección de 25 de mayo de 2010, recurso casación 3021/2008, han de ponerse “los medios precisos para la mejor atención”».

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que no se ha acreditado la vulneración de la *lex artis ad hoc* y, en suma, no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

## V

1. Entrando en el fondo del asunto, en la mamografía practicada a la paciente en octubre de 2014 se constata por el médico que no se ha encontrado ningún signo de malignidad. Sin embargo, a la exploración física un mes más tarde al detectar nódulo de 2.5 cm se determina la necesidad por ello de realizar la comprobación mediante

la ecografía de mama pertinente, diagnosticándosele mediante ella BIRADS 5. Razón por la que la afectada tuvo que someterse a intervención quirúrgica.

2. Hemos de analizar si concurre una dilación indebida, por error en el diagnóstico, por parte de la Administración Sanitaria, entre la práctica de las pruebas precisas y la obtención de los resultados definitivos del diagnóstico, que haya producido una pérdida de oportunidad.

En lo que se refiere a la doctrina de la pérdida de oportunidad, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera; en la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que sería el concepto indemnizable. Así, la Sentencia de 24 de noviembre de 2009 (RJ 2009, 8082), recurso de casación 1593/2008, señala: «La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio (RJ 2005, 9611) y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993), configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente».

3. Tanto en la Historia Clínica de la paciente como en los informes preceptivos obrantes en el expediente y en las dos pruebas testificales de los Radiógrafos

intervinientes, practicadas a solicitud de la reclamante, coinciden afirmando la buena práctica médica realizada ya con base en que el patrón de la mama es relevante para determinar el diagnóstico, y en este caso, el patrón es tipo D o 4, que se corresponde con una mama extremadamente densa, por lo que la sensibilidad diagnóstica puede reducirse hasta un 50 % o 60%. Ambos radiólogos, en su testimonio informan que la mamografía es una técnica de imagen que está limitada en su sensibilidad, como se ha dicho. Si la paciente refiere un dato clínico como la existencia de un nódulo palpable y doloroso se procede a la indicación de una prueba complementaria como es la ecografía

4. También el SIP explica en su informe que «los resultados negativos falsos ocurren cuando las mamografías parecen normales aún cuando el cáncer de seno está presente, lo que hace que algunos pacientes que tengan la enfermedad sean detectados como no afectados a la misma. En general, las mamografías fallan en cerca del 20% de los cánceres de seno que están presentes cuando se hace el examen; a su vez presenta un 10 % de falsos positivos. Una de las causas de los negativos falsos es la densidad».

5. El estudio mamográfico de 2014, objeto de reclamación, no arrojó signos de malignidad, y se diagnostica un BIRADS 2.

El 26 de noviembre de 2014, tras ecografía urgente, se observa una lesión sólida en mama derecha, con signos indicativos de carcinoma de mama. Por lo que, en el mes transcurrido no hubiera tenido consecuencias el tratamiento que se hubiera aplicado dadas las características del tumor. Además, el SIP confirma que se trataba de un cáncer de crecimiento muy rápido por lo que las consecuencias, el resultado, hubieran sido los mismos de haberse diagnosticado antes. En consecuencia, el tratamiento quirúrgico por el que se reclama, la mastectomía, fue inevitable no concurriendo la pérdida de oportunidad alegada.

6. En resumen, cierto es que el estudio mamográfico de 2014, objeto de reclamación, no arrojó signos de malignidad al diagnosticar un BI-RADS 2; y que, sin embargo, en la ecografía que se le realiza el 26 de noviembre de 2014, cuando la paciente acude a Urgencia Ginecológica, se le diagnosticó un BI-RADS 5. La paciente no era de alto riesgo, sólo constaba en su Historia Clínica un antecedente de cáncer de mama, lo que supone un riesgo moderado, que para sus controles sólo se requiere mamografía bianual, frente al alto riesgo que son evaluadas anualmente.

Por otra parte, el Programa de Cribado (PC) de Cáncer de Mama está previsto para pacientes asintomáticas. La paciente no refirió la existencia de bulto alguno, ya que si lo hubiera hecho se le hubiera realizado también una prueba ecografía (el diagnóstico final fue ecográfico, no mamográfico). Además, según el protocolo médico a seguir en ese caso, no se hubiera derivado correctamente al Programa de Cribado Poblacional, ya que a éste sólo acuden pacientes asintomáticas, el resto se deriva al Hospital correspondiente para valoración por la Unidad de Patología Mamaria, como así se hizo. Sólo se indica la ecografía cuando existen hallazgos mamográficos o datos clínicos que así lo sugieran.

7. Del Historial Clínico y del resto de documentación obrantes en el expediente se infiere que los servicios médicos diagnosticaron y trataron adecuadamente a la afectada y con la celeridad debida, sin apreciarse mala praxis, demora injustificada, ni retraso en el diagnóstico. En suma, el cáncer que padecía la paciente, una vez diagnosticado fue inmediatamente tratado a fin de preservar la vida de la paciente, lo que finalmente se alcanzó exitosamente.

8. No se evidencia error alguno en la actuación médica. Por lo que se considera que la actuación médico sanitaria ha sido correcta, de acuerdo con el protocolo a seguir, conforme a la *lex artis ad hoc*, sin que se haya podido apreciar, por lo demás, pérdida de oportunidad alguna en el supuesto planteado.

Por lo demás, la interesada no ha aportado pruebas o informes médicos que puedan sostener las alegaciones presentadas en el procedimiento, no ha acreditado que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis ad hoc*, ni que hubiese mala *praxis*.

9. En consecuencia, se debe concluir con la Propuesta de Resolución que no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria, al no concurrir el requisito de relación de causalidad entre el daño pretendido por el que se reclama y el servicio prestado por la Administración Sanitaria.

## CONCLUSIÓN

Por las razones expuestas en el Fundamento V se considera que la Propuesta Resolución es conforme a Derecho.