



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 300/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 12 de septiembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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. 267/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual tramitado por el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 13 de octubre de 2016 por doña (...), solicitando una indemnización por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La interesada cuantifica la indemnización que solicita en 128.120,46 euros - 81% sobre el importe de 158.173,41 euros-, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad 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.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del 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.

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de 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, en relación con la Resolución de 23 de diciembre de 2014 por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

5. Resultan aplicables la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPACAP) y el art. 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), porque la reclamación fue presentada el 13 de octubre de 2016, después de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común (DT3ª).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

6. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin embargo, aún expirado éste, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

7. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. En la reclamación inicial se exponen, entre otros, los siguientes hechos:

«(...) Desde el mes de abril en que aparecieron los primeros síntomas, no se diagnosticó el cáncer de colon hasta el mes de noviembre. El médico de cabecera asoció la anemia, el estreñimiento de meses de evolución, dolores tipo cólico y la rectorragia a episodios de ansiedad y gases. Es evidente que si se hubieran realizado las pruebas diagnósticas oportunas tendentes a establecer un diagnóstico diferencial desde el primer momento, la paciente no se

encontraría en un estadio IV y se habrían incrementado sus opciones de curación y supervivencia.

En síntesis, en la atención prestada a la paciente se ha sucedido una cadena inexcusable de actuaciones médicas indudablemente negligentes con nexo causal claro y directo con el diagnóstico tardío de CANCER DE COLON EN ESTADIO IV CON METASTASIS HEPÁTICAS Y GANGLIONARES.

El médico de atención primaria no tuvo en consideración el antecedente familiar oncológico de la paciente, su madre y su abuela sufrieron cáncer de colon. En este sentido, las personas con un antecedente de cáncer colorrectal en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos) tienen un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal.

Durante ocho meses y en más de seis asistencias al centro de salud (14/04/2015, 21/07/2015, 22/07/2015, 12/8/2015, 14/09/2015 y 07/10/2015, entre otras) la paciente presentaba síntomas sugestivos de cáncer de colon (dolores abdominales tipo cólico, anemia, estreñimiento, sangre en las heces) que al menos, exigían llevar a cabo un diagnóstico diferencial.

Este facultativo infravaloró los síntomas de gravedad de la paciente, considerando podía esperar a la cita programada con Cirugía en el mes de octubre en lugar de remitirla con preferencia/urgencia al Servicio de Urgencias para descartar proceso neoplásico.

Incurrió en un error diagnóstico de gravedad ya que asoció los síntomas recurrentes de la paciente a estrés, ansiedad, gases y posteriormente a hemorroides, sin tener ninguna prueba objetiva en la que basar su juicio clínico. Si bien, en la página 42 de la historia clínica de la paciente este médico de cabecera reconoce expresamente su error».

2. Con fecha 24 de octubre de 2016, se notifica al interesado requerimiento de subsanación y mejora de su solicitud, y con fecha 14 de noviembre, aporta la documentación solicitada.

3. Mediante Resolución de 26 de noviembre de 2016, del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, solicitando informe al Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud, para que, a la vista de la historia clínica y del que provenga del Servicio cuyo funcionamiento hubiera ocasionado la presunta lesión indemnizable, se valore la existencia o no de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada al reclamante y los daños y perjuicios por los que reclama.

El citado informe se emite con fecha 19 de abril de 2017, y a él se acompaña copia de la historia clínica obrante en la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil, e informe del Dr. (...)

Reproducimos las conclusiones del informe:

«1.- El cáncer de colon es un proceso de larga evolución. Uno de los problemas de este tumor es que cuando provoca síntomas específicos suele encontrarse ya en una fase avanzada.

La primera vez que la paciente pone en conocimiento del personal sanitario síntomas que pudieran ser atribuibles al cáncer colorrectal es el 21 de julio de 2015.

El diagnóstico precoz en fases asintomáticas tiene un claro beneficio sobre el pronóstico. En fase sintomática, como en este caso, considerada por tanto una fase avanzada del proceso oncológico, confiere peor pronóstico.

2.- El 22 de julio de 2015 el médico de atención primaria cursó interconsulta a especialista en Cirugía, con prioridad normal. Esta fue programada para el 14 de octubre de 2015, aproximadamente 3 meses después.

El Dr. (...) no consideró la sintomatología manifestada por la paciente, menor de 50 años, como sospechosa: "leves rectorragias con defecación, de evolución crónica" que le inclinara a solicitar directamente la colonoscopia o a solicitar interconsulta preferente con especialista, sino con carácter normal programado.

3.- El cirujano en consulta de 14.10.15, tras tacto rectal positivo y con hemorroides presentes, solicita colonoscopia con carácter preferente, como prueba orientada al despistaje de carcinoma colorrectal. Actuación correcta.

La reclamante, no había sido citada para tal prueba hasta que tras acudir al servicio de Urgencias por cuadro de: "(...) dolor abdominal, con resto de sangre de 5-6 meses de evolución (...)" fue citada al día siguiente para practicar la colonoscopia el día 26 de noviembre de 2015, siendo diagnosticada en ese momento de neoplasia de sigma. Posteriormente inicia el estadiaje y valoración del proceso clínico para recibir tratamiento adecuado.

4.- Por lo expuesto, la demora diagnóstica atribuible al servicio sanitario es de 4 meses (22 de julio al 26 de noviembre de 2015). Aun asumiendo que la colonoscopia se hubiera realizado de forma inmediata en julio de 2015 y hubiera por tanto permitido diagnosticar 4 meses antes el cáncer ello no hubiera supuesto un cambio relevante en lo que al pronóstico se refiere.

Este tiempo no lo consideramos significativo en la extensión tumoral ya que la presencia de sintomatología excluye un estadio inicial del proceso oncológico.

5.-Se emite informe desfavorable».

4. Por parte del órgano instructor en período probatorio, se acuerda incorporar la documental aportada por la reclamante con el resultado que obra en las actuaciones, y la documental propuesta por la Administración.

5. Ultimada la instrucción del procedimiento, se acordó el preceptivo trámite de audiencia, que fue recibido por la interesada, quien formula alegaciones, a la vista de las cuales, se solicita informe complementario del Servicio de Inspección y Prestaciones en dos ocasiones. Los informes complementarios fueron remitidos en trámite de audiencia a la interesada.

El primer informe complementario a la vista del escrito de alegaciones presentado por la reclamante, informa:

«1.- Una vez conocido el resultado final y relacionando la cronología de los hechos, siendo que la reclamante hace referencia a que desde abril de 2015 debió adoptarse una actitud distinta a la que se facilitó por los servicios asistenciales, se concluyó que la atención prestada en cada momento fue acorde con la sintomatología presentada.

Ello sin perjuicio de admitir que desde que fue derivada a consulta de cirugía el 22 de julio hasta el 14 de octubre, tres meses para valoración de cirujano, ello pudiera resultar inadecuado aún en un cuadro inicialmente calificado no urgente, siendo en dicho momento cuando se solicita colonoscopia preferente.

2.- En cuanto a las alegaciones, apartado primero:

- En la consulta de enfermería del 21 de julio de 2015 lo que consta es: sintomatología ocasional.

INDICA QUE EN OCASIONES PRESENTA SANGRE EN HECES, ESTÁ MUY ESTREÑIDA, DOY PAUTAS PARA TRATAR ESTREÑIMIENTO. INDICO QUE ACUDA AL MÉDICO PARA COMENTARLO!!!!

- En cuanto a la anemia ferropénica, ya se explicó que conocidos sus antecedentes con ciclos menstruales abundantes, y tratamiento pautado por Ginecología (noviembre de 2014 y febrero de 2015) consistente en antifibrinolíticos (Amchafibrin, producen una reducción significativa en el sangrado menstrual abundante regular) y hierro (Ferbisol/Tardyferon, para el tratamiento de la anemia ocasionada por el sangrado menstrual), y existiendo por tanto una causa ginecológica ello justificaba plenamente el descenso de la hemoglobina.

- La sintomatología presentada el 14 de abril de 2015 no era exclusiva de dolor abdominal que orientara a carcinoma de colon.

(...)

- Síndrome constitucional, referido a la consulta de 07.10 15. Sin embargo, el 16 de septiembre de 2015 consta aumento de peso de 500 gr, 4 de noviembre de 2015, ha aumentado 600 gr.

El síndrome constitucional que se define por la triada de astenia, anorexia y pérdida involuntaria de peso no estaba presente en la reclamante.

3.-En cuanto a la alegación segunda: "(...) La detección precoz del CCR (previa a la aparición de los primeros síntomas) constituye actualmente la única medida efectiva para reducir la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad (...)".

Si entiende la reclamante que los primeros síntomas ya estaban presentes desde abril de 2015, ello descarta la detección precoz, esto es la patología ya estaba establecida entonces. Uno de los problemas de este tumor es que no suele provocar síntomas específicos y, cuando lo hace, suele encontrarse ya en una fase avanzada, lo que desde el punto de vista pronóstico excluye un estadio inicial con incremento de supervivencia global a los cinco años.

Los pacientes de carcinoma de colon son diagnosticados, comúnmente, en estadios avanzados III y IV.

4.- La consulta de julio de 2015, es a partir de la cual entendemos que la actuación clínica efectiva se demora, alcanzando el diagnóstico en noviembre de 2015.

En este caso la indemnización procede reconocerla por la pérdida de oportunidad causada por el retraso de varios meses en el diagnóstico del tumor de colon de la paciente. De haberse tratado dicho tumor unos meses antes existiría alguna posibilidad, de mejor pronóstico.

La indemnización se cifraría en el daño moral por la pérdida de oportunidad, como consecuencia de saber que una actuación más precoz habría aumentado sus posibilidades de supervivencia, empleando las probabilidades estadísticas sanitarias conocidas.

La reclamante relaciona sentencias con indemnizaciones entre 21.000 € y 45.000 €.

5.- Durante los últimos años han existido importantes avances en tres áreas (Oncología, Radiología intervencionista y Cirugía) que han hecho aumentar la tasa de reseccabilidad de las metástasis hepáticas (estadio IV) con una supervivencia a los 5 años del 35 - 50%.

Si partimos de un estadio III con un 58 - 84% de supervivencia a los cinco años, la pérdida de oportunidad sería de 30%.

A falta de otro criterio que sirva de referencia, y en identidad con circunstancias ya debatidas en ERP similar, Dictamen del CCC 450/2017, la cuantía indemnizatoria que se propuso ascendió a 31.634,67 €".

Por su parte, el segundo informe complementario del SIP, señala:

"Una vez se nos ha solicitado nuevo informe complementario a la vista del escrito de presentado por la reclamante y tras revisión de la documentación se expone:

Reproducimos lo ya expresado en nuestros informes previos.

La consulta de julio de 2015, es a partir de la cual entendemos que la actuación clínica efectiva se demora, alcanzando el diagnóstico en noviembre de 2015.

De haberse tratado dicho tumor unos meses antes, existiría alguna posibilidad, de mejor pronóstico.

En el momento del diagnóstico ya se trataba de proceso oncológico en estadio IV. No es posible afirmar que en el espacio de cuatro meses, (julio -noviembre), se alcance el mismo desde un estadio I. Los CCRs se desarrollan lentamente, durante años.

La detección precoz del CCR (previa a la aparición de los primeros síntomas) constituye actualmente la única medida efectiva para reducir la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad. La paciente consulta por síntomas el 21 de julio de 2015 por lo que en ningún caso hablaríamos de diagnóstico precoz.

En este caso la indemnización procede reconocerla por la pérdida de oportunidad causada por el retraso de varios meses en el diagnóstico del tumor de colon de la paciente. De haberse tratado dicho tumor unos meses antes existiría alguna posibilidad, de mejor pronóstico. La indemnización se cifraría en el daño moral por la pérdida de oportunidad, como consecuencia de saber que una actuación más precoz habría aumentado sus posibilidades de supervivencia, empleando las probabilidades estadísticas sanitarias conocidas».

6. Elaborada Propuesta de Resolución por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, estimando parcialmente la reclamación, se solicita informe a la Asesoría Jurídica Departamental, que es emitido con fecha 21 de junio de 2019, estimando ajustada a Derecho la Propuesta formulada.

7. La Propuesta de Resolución estima parcialmente la reclamación de responsabilidad formulada por la interesada ya que aprecia la existencia de relación de causalidad entre los daños sufridos y el funcionamiento del servicio público sanitario al entender acreditada la demora en el diagnóstico de adenocarcinoma de colon, lo que supone una pérdida de oportunidad de las posibilidades reales de supervivencia. Determina la cuantía de la indemnización en la cantidad propuesta por el SIP (31.634,67 euros).

### III

1. Como hemos manifestado en diversas ocasiones (ver por todos Dictamen 287/2017, de 6 de septiembre), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998, el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran

circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la ha aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano.

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, recurso casación nº 6676/2003).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, recurso casación nº1247/2014).

2. Aplicada esa doctrina al caso que nos ocupa, hemos de coincidir en esencia con la Propuesta de Resolución.

En efecto, del expediente se desprende que el médico de atención primaria no consideró la sintomatología manifestada por la paciente menor de 50 años como sospechosa: rectorragias con defecación de evolución crónica, solicitando el 22 de julio de 2015 interconsulta al especialista de cirugía con prioridad normal para el 14 de octubre, en lugar de solicitar directamente colonoscopia o interconsulta preferente con especialista. En noviembre de 2015 es diagnosticada de cáncer de colon. El médico de cabecera, en informe de fecha 8 de mayo de 2017, señala «en este contexto de quejas y reproches, y comprendiendo el momento por el que pasa la paciente, le expreso que en todo caso asumo mío "parte del culpa", en el sentido de que a lo mejor la derivación tenía que haber sido con carácter preferente, pero lo que ya no puedo asumir es la que ocurra en el segundo nivel asistencial. De todas



maneras, en todo este proceso no hubo sintomatología alarmante hasta que la paciente presentó un episodio de rectorragia importante, por lo que acudió directamente al servicio de urgencias».

Dicho en otras palabras, la sintomatología presentada desde julio de 2015 no hizo sospechar que tuviera relación con la patología de carcinoma de colon que resultó con posterioridad en noviembre de 2015.

3. En cuanto a la valoración de los daños producidos, la jurisprudencia del Tribunal Supremo también se ha pronunciado señalando que procede cuantificar «no por la totalidad del daño sufrido pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación» (STS de 19 de noviembre de 2012, recurso de casación nº579/2011, citada a su vez por la STS de 27 de noviembre de 2012, recurso de casación nº 4981/2011).

Por ello, procederá atenderse «prudencialmente y de manera analógica, a los criterios marcados por el baremo indemnizatorio previsto para los accidentes de circulación, que adapta equitativamente a las circunstancias del caso con la rebaja sustancial propia de la aplicación de la doctrina de la llamada pérdida de oportunidad» (STSJ de Galicia, de 16 enero 2013, recurso apelación n.º 7126/2012).

Este Consejo (ver por todos, el citado Dictamen 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños.

Asimismo, procede tener en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Así, por ejemplo, en la STS de 3 de diciembre de 2012:

«Lo anterior nos obliga a analizar los elementos de juicio obrantes en las actuaciones, y al respecto debemos destacar: De un lado, que la Sala de instancia considera que la realización de las pruebas que no se consideró necesario realizar durante el segundo ingreso de la paciente, sí habrían permitido la detección del cáncer al menos a partir del mes de octubre de 2006, es decir, dos meses antes del fallecimiento. De otro, que cabe tener por probada en este proceso, pues así lo declaró la sentencia recurrida, que "el diagnóstico de la

existencia del cáncer en las fechas mencionadas (y lógicamente la aplicación urgente del adecuado tratamiento) podría haber determinado alguna posibilidad de supervivencia a la paciente por cuanto el informe de la inspección médica no afirma con absoluta certeza que tal posibilidad fuese inexistente, y el propio perito de la actora en su informe manifiesta cierta posibilidad de supervivencia (25% de los pacientes al año)".

La sentencia de instancia ha errado al considerar que en este caso el importe de la indemnización debe calcularse teniendo en cuenta el importe total del daño producido, pese a reconocer que un diagnóstico oportuno de la enfermedad sufrida por la esposa y madre de los reclamantes solo habría ofrecido algunas posibilidades de curación, estimadas en el 25% de los pacientes que la padecían.

Sin embargo, ello no determina que, en aplicación de nuestra doctrina antes expuesta debamos reducir en un 75% la cantidad señalada como indemnización por el Tribunal de instancia. Pues, casada la sentencia en este punto, debemos resolver la cuestión de fondo con libertad de criterio, y en tal sentido hemos de poner de manifiesto que el Tribunal de instancia realiza para la valoración del daño una indebida aplicación automática de los criterios de la Resolución de la Dirección General de Seguros de 20 de enero de 2011, porque los baremos aprobados por la Administración para calcular los daños personales derivados de accidentes de tráfico han sido utilizados por la jurisprudencia para valorar esos mismos daños cuando hayan sido producidos dentro del ámbito de la Administración sanitaria o de otros ámbitos distintos del de la responsabilidad de las compañías aseguradoras de vehículos de motor simplemente con carácter orientativo, sin que esa aplicación excluya la necesidad de valorar todas las circunstancias que concurran en cada caso para lograr la total indemnidad del daño ocasionado. Valoración que solo se contempla en aquellos baremos atendiendo a criterios generales que son útiles en muchos aspectos, entre otros el de permitir a las entidades aseguradoras formular previsiones fundadas en criterios de fiabilidad, de modo que puedan calcular las primas exigibles en atención al grado de probabilidad de producción de los diferentes siniestros y a la determinación precisa de la indemnización procedente en cada uno de ellos, pero que no pueden aplicarse sin matices cuando se trata de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, independientemente de que ésta haya asegurado esta circunstancia con alguna sociedad privada y que en el contrato suscrito no se haya puesto límite alguno a la suma asegurada.

En el caso planteado en el presente proceso la suma fijada por el baremo aplicado resulta claramente insuficiente. Se trata del fallecimiento de la esposa y madre de los recurrentes, persona de 50 años de edad con una menor a su cargo, por lo que la suma de 108.846,51€ que el baremo reconoce al cónyuge y 18.141,08€ a la hija no es adecuada para comenzar el cálculo de la indemnización. En casos semejantes esta Sala viene reconociendo cantidades que oscilan entre los 500.000€ y 600.000€, por lo que, reduciendo esta suma en atención al reducido grado de probabilidad de haber evitado el resultado fatal producido si se hubiera efectuado un diagnóstico certero de la enfermedad que condujo al mismo en tiempo

oportuno para haberlo combatido procede reconocer a los recurrentes, que reclaman conjuntamente una cantidad de 300.000€, una suma de 126.987,59, igual a la reconocida por la sentencia de instancia, que no puede ser superada por impedirlo el principio de la prohibición de "reformatio in peius" y que obedece, además a los criterios de valoración de las circunstancias del caso aplicados normalmente por esta Sala».

Acerca de la doctrina relativa a la «pérdida de oportunidad», entre otras muchas y en las más recientes en los mismos términos, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo n.º 462/2018, de 20 de marzo (recurso casación 2820/2016).

Para ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, la Propuesta de Resolución debe tener en cuenta que esta cifra ha de modularse en consideración al proceso clínico que aquejaba a la enferma y sus circunstancias personales, de acuerdo con las posibilidades reales de supervivencia, atendiendo de forma orientativa al marco normativo vigente a la fecha de los hechos, esto es, el R.D.Leg. 8/2004, de 29 de octubre, de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor y la Resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2014 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (las cuantías en 2015 son las mismas que en 2014).

Señalan los informes médicos que durante los últimos años ha habido importantes avances en tres áreas (Oncología, Radiología intervencionista y Cirugía) que han hecho aumentar la tasa de reseccabilidad de las metástasis hepáticas (estadio IV) con una supervivencia a los 5 años del 35 - 50%.

Los informes médicos parten de que en julio de 2015 la paciente se encuentra en un estadio III con un 58-84% de supervivencia a los cinco años, lo que determinaría el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada en un 30%, que sería el porcentaje de las expectativas de supervivencia existente entre ambos estadios de la enfermedad afectado por la pérdida de oportunidad, por lo que la indemnización que se propone en la Propuesta de Resolución es de 31.634,67 euros.

No obstante, la indemnización no puede ser la misma en todos los supuestos similares, calculándola por referencia al caso analizado en el DCC 450/2017,

debiendo ponderarse las circunstancias del caso concreto, siendo necesario que se proceda a nueva valoración por persona experta en la materia debiendo tener en cuenta el baremo a aplicar, y las circunstancias concurrentes del caso.

En cualquier caso, tal cuantía ha de actualizarse en el momento de resolver el procedimiento de acuerdo con el art. 34.3 de la LRJSP.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a Dictamen, que estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...), es conforme a Derecho, salvo en la parte relativa a la cuantificación, que deberá adecuarse a valoración del daño corporal realizada por persona especialista en la materia, que atienda a las circunstancias del caso concreto.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno d