Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 2 5 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de mayo de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 156/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 19 de marzo de 2024 (registro de entrada en este Consejo Consultivo de fecha 20 de marzo de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en nombre y representación de (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y está legitimada activamente por cuanto solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados, supuestamente, por el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario. Actúa mediante representante debidamente acreditado (art. 5 LPACAP).

---

[*] **Ponente: Sra. de Haro Brito.**

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de la Salud, Organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. Está legitimada para solicitar el presente dictamen la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC).

4. La cuantía indemnizatoria solicitada no ha sido determinada en el procedimiento. La interesada no cuantifica la indemnización en la reclamación inicial, y la Administración no le requiere para que subsane dicha falta de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 en relación con el art. 67.2 LPACAP. Tampoco existe una valoración económica del daño por parte del Servicio de Inspección y Prestaciones. No obstante, a la vista del objeto de la reclamación, se considera que la indemnización que pudiera corresponder sería superior a 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen de acuerdo con el art. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley LPACAP.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

6. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero, LPACAP, puesto que la reclamación se presenta el 6 de marzo de 2020 en la que se solicita una indemnización por retraso en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, lo que ha provocado, según la reclamante, que se le haya practicado una intervención quirúrgica de mastectomía subcutánea bilateral que podía haberse evitado, así como el daño moral producido.

Por tanto, habiéndose llevado a cabo la intervención quirúrgica el día 30 de enero de 2020 con alta hospitalaria el 6 de febrero de 2020, se entiende que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo legal de un año.

7. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara a la interesada resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio (art. 91.3 LPACAP). En el presente supuesto se ha superado con creces dicho plazo. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP (DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes que han dado lugar al presente procedimiento, en la Propuesta de Resolución se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado en el escrito de reclamación en los siguientes términos:

«Por la reclamante se solicita, según se desprende de lo dispuesto en su escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, una indemnización por la negligente asistencia sanitaria prestada fundamentada, en lo siguiente:

Que, con antecedentes de cáncer familiar, a mediados de 2017 empieza a presentar problemas de salud, tales como adormecimiento de las manos, que tarda más tiempo en recuperarse tras la realización de ejercicio o dolores a la altura del estómago siendo remitida a diversos servicios: Interna, Cardiología, Alergología, con resultados dentro de la normalidad.

En junio de 2018, comienza con dolores en la axila y el pecho izquierdo, acudiendo a los servicios sanitarios, siendo diagnosticada de gastritis y piedras en la vesícula y, a pesar de que los resultados de las pruebas son normales, sigue con intensos dolores.

En enero de 2019, comienza a notar una mama diferente de otra, acudiendo en febrero de 2019, al centro de salud. Tras la realización de una mamografía, ecografía y biopsia, es diagnosticada el 29 de marzo de 2019 de cáncer de mama, anotándola en la lista de espera para cirugía.

Ante la incertidumbre de cuando seria operada, en abril de 2019 acude al Complejo Hospitalario de Toledo, adscrito al Servicio de Salud de Castilla la Mancha donde, tras confirmarse el diagnóstico de carcinoma de mama izquierda es sometida, en mayo de 2019 y durante seis meses, a tratamiento hormonal.

Finalmente, es intervenida el 30 de enero de 2020 en el Complejo Hospitalario de Toledo, de forma programada, realizándose, por presentar neoplasia infiltrante de mama izquierda, mastectomía subcutánea bilateral más BSGC axilar izquierda y reconstrucción inmediata con expansores retropectorales bilaterales de 350cc. Es alta hospitalaria el 6 de febrero de 2020.

Alega que, la intervención quirúrgica a la que tuvo que someterse, podría haberse evitado ya que estuvo durante más de 1 año con dolores, llegando al diagnóstico de cáncer de mama después de insistir en que se le entregase el resultado de la biopsia además de la incertidumbre de no saber cuándo sería operada sin perjuicio de que inicialmente le dijeron que tenía un nódulo y luego tres, daños por los que debe ser indemnizada».

Por tanto, la interesada reclama por responsabilidad patrimonial del SCS, dado que entiende que existió un retraso en el diagnóstico de cáncer de mama, por cuanto alega que durante casi dos años presentó una serie de dolencias que le llevaron a acudir a los distintos centros sanitarios del SCS, situando el inicio de los problemas de salud a mediados del 2017 y considera que si hubieran detectado antes el cáncer de mama se hubiera podido evitar la intervención quirúrgica a la que fue sometida el 30 de enero de 2020 en el Complejo Hospitalario de Toledo.

III

Como principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan practicados en este caso los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 6 de marzo de 2020.

2. El 5 de mayo de 2020 se requiere a la interesada para que en el plazo de diez días proceda a subsanar la reclamación (notificado el 13 de mayo de 2020). Se reitera dicho requerimiento el 15 de junio de 2020, notificado a la interesada el 24 de junio de 2020. Se propone como prueba la historia clínica de (...) en el ámbito asistencial propio del Servicio Canario de la Salud, así como en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha, para lo cual se solicita que por parte del SCS se libre oficio a este último organismo a los efectos de la emisión de su historia clínica.

3. El día 1 de julio de 2020 se dictó la Resolución n.º 1261/2020 del Director del SCS, por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).

4. Consta que en la fase de instrucción se solicitaron los siguientes informes:

- Con fecha 3 de julio de 2020 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), para que, a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno

informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determinen las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- El 27 de septiembre de 2023 la Jefa de Servicio del SIP comunica al Servicio de Normativa y Estudios que, siguiendo instrucciones de la Secretaría General del SCS, se aporta relación de expedientes de responsabilidad patrimonial que continuarán su tramitación sin informe del SIP, entre los que se encuentra el presente caso.

- Se recaba la historia clínica de la reclamante tanto de Atención Primaria como de Atención especializada obrante en la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote y en el Hospital Dr. José Molina Orosa.

- Se emite informe del Servicio de Medicina Interna de fecha de 23 de julio de 2020. en dicho informe se indica que la reclamante acude a este Servicio desde el 18 de enero de 2018 al 19 de marzo de 2019. Se describe la atención dispensada a la paciente en este período.

- Consta informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo de 23 de julio de 2020 en el que consta:

«Con fecha 07/02/2019 nos es remitida mediante interconsulta por su Médica de Cabecera con el diagnóstico de nódulo de mama izquierda con retracción del pezón, de manera preferente.

El día 11/02/2019 es valorada en consulta en la Unidad de Mama, donde se confirma la lesión descrita y se solicitan todos los estudios pertinentes de manera muy preferente ante la sospecha de malignidad.

El día 01/04/2019, con todos los estudios completos, mamografías, ecografías, biopsia con informe anatomopatológico y dictamen del Comité de Mama es valorada nuevamente en consulta de Cirugía con diagnóstico confirmado de carcinoma ductal infiltrante, Luminal A y se propone tratamiento quirúrgico inmediato por tratarse de una neoplasia de 19 mm con mala respuesta a neoadyuvancia. La paciente confirma que desea tratarse en otro centro, lo que queda reflejado en la historia clínica y es alta en consultas con la recomendación de operarse a la mayor brevedad posible.

El 20/08/2019 solicita informe clínico de su patología que se realiza por la Dra. (…) donde se refleja que se explica el diagnóstico y la necesidad de cirugía en la fecha antes citada.

La paciente no ha vuelto a ser atendida en nuestro Servicio desde el 01/04/2019».

- Con fecha 20 de julio de 2020 se emite informe por el Médico de Familia de Atención Primaria.

5. Consta que con fecha 22 de noviembre de 2023, se notifica a la interesada Acuerdo Probatorio, en el que se admite como medios probatorios propuestos por la parte reclamante la documental aportada por la reclamante durante la instrucción del procedimiento y la historia clínica del Servicio Canario de la Salud. En relación a la prueba consistente en el historial médico de la reclamante obrante en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha, se acuerda admitir a trámite dicha prueba; no obstante, se indica que le corresponde a la misma su aportación, por lo que se le concede un plazo de 20 días hábiles a contar desde la notificación del acuerdo para su presentación. Por otra parte se acuerda incorporar como prueba documental los informes y documentación clínica recabados por esta Administración en periodo de instrucción, aportados al procedimiento por el Servicio de Inspección y Prestaciones.

6. La interesada solicita la suspensión del plazo concedido para aportar la prueba documental consistente en el historial médico obrante en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Con fecha 22 de diciembre de 2023 se estima la solicitud y se concede nuevamente, un plazo de 10 días hábiles a contar desde la notificación del escrito para su aportación.

La interesada no aporta dicha documentación en el plazo indicado.

7. El 17 de enero de 2024 se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo a la reclamante un plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones, aportar documentos y justificaciones que tuviese por conveniente. Transcurrido dicho plazo, por la reclamante no se formulan alegaciones.

8. Con fecha 15 de marzo de 2024 por la Secretaría General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, al concluir que no ha quedado acreditada la existencia de mala praxis médica en la asistencia sanitaria prestada y, en consecuencia, no concurre daño antijurídico indemnizable.

2. En primer término, es preciso señalar que no existe en la Propuesta de Resolución un relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS durante el proceso patológico que sufrió la paciente y del que deriva la reclamación, extraídas del análisis completo de la historia clínica y de los distintos informes emitidos por los Servicios intervinientes en la atención al paciente. Únicamente consta el relato contenido en la reclamación, lo cual debe ser contrastado mediante el análisis de la documentación clínica, puesto que mediante el análisis completo de la historia clínica se tiene conocimiento de la asistencia sanitaria prestada, permitiendo determinar la certeza de las manifestaciones que realiza la interesada en su escrito de reclamación.

Dicha ausencia se debe, en gran medida, a la inexistencia del informe emitido por el SIP, que si bien no es preceptivo, es relevante para establecer de manera completa y contrastada el devenir del proceso asistencial por el que se reclama.

En el presente caso, contamos con tres informes distintos, uno del Servicio de Medicina Interna, otro del Servicio de Cirugía General y Aparto digestivo y otro de Atención Primaria. Sin embargo, sólo el primero de ellos ofrece un análisis completo de la praxis médica dispensada, ya que además de describir el relato fáctico de la asistencia sanitaria, realiza una valoración de la misma respecto a su adecuación a la *lex artis*, y a la relación de causalidad entre el supuesto daño invocado y la praxis médica.

A la vista de los mismos, y una vez analizados igualmente los datos recabados durante la fase de instrucción, concluimos que respecto a este asunto es posible realizar un análisis del fondo del asunto para la emisión de un juicio de adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución sometida a dictamen.

3. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento.

La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *«onus probandi»* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *«onus probandi»* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

4. Tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante, respecto a la responsabilidad en el ámbito sanitario, procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente.

Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *«lex artis»*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

El criterio de la *«lex artis»* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *«lex artis»*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

Para llegar a la conclusión de que se ha producido una mala praxis médica, hay que tener en cuenta, en primer lugar, que estamos en presencia de una obligación de medios y no de resultados, ya que la obligación del personal sanitario no consiste en la obtención del resultado que se pretende (la salud del paciente) sino la de prestar el servicio más adecuado en orden a la consecución de aquel resultado. El deber de curación del enfermo no está siempre a su alcance, por las propias limitaciones de la ciencia médica, pero tiene que procurar aplicar todos los medios al alcance del servicio para la mejora de la salud.

Por otra parte, la valoración y enjuiciamiento de la corrección del acto médico excluye que pueda proyectarse *ex post facto* (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ignorando la sintomatología que presentaba el paciente al momento y fecha en que requirió atención sanitaria y se procedió al diagnóstico y posible tratamiento. No se puede cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen (SSTS de 15 de febrero de 2006, 19 de octubre de 2007 y 3 de marzo de 2010), y no puede cuestionarse esta toma de decisiones fundándose en la evolución posterior que presenta un paciente. En definitiva, la responsabilidad patrimonial no puede deducirse de una valoración retrospectiva de la asistencia sanitaria inicial (en función de las pruebas y del resultado conocido tiempo después) ya que, como sostiene la de STS de 29 de enero de 2010, esteproceder infringe la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico.

A lo que se añade que existen síntomas que son inespecíficos o incardinables en distintas patologías, por tener una clínica similar, y que las pruebas pueden arrojar resultados carentes de certeza, de modo que el juicio diagnóstico no siempre es infalible. De ahí que lo que se exija al profesional sanitario sea la adopción de todos los medios al alcance del servicio para procurar la curación o la mejora de la salud.

5. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en la existencia de un retraso en el diagnóstico del cáncer de mama que padecía y por el que fue sometida a tratamiento quirúrgico el 30 de enero de 2020 en el Complejo Hospitalario de Toledo, de forma programada, realizándose, mastectomía subcutánea bilateral más BSGC axilar izquierda y reconstrucción inmediata con expansores retropectorales bilaterales. Considera que dicha intervención podía haberse evitado de haberse diagnosticado antes el cáncer que padecía, situando el inicio de los síntomas a mediados de 2017.

Determinado así, el objeto de la reclamación, procede realizar un análisis de la historia clínica para determinar el curso de los síntomas que presentaba y la asistencia sanitaria prestada en atención a los mismos.

En primer lugar la paciente tenía como antecedentes clínicos:

- Hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto

- Asma alérgica intrínseco en seguimiento por Alergología.

- Estudiada por síncope en 2006 con IM e IT ligeras, resto normal.

Situándonos a mediados de 2017, fecha en la que la reclamante alega que comienza con los problemas de salud por los que acude a su Médico de cabecera, procede analizar la historia clínica de Atención Primaria desde esa fecha:

- Consta que el 11 de agosto de 2017 acude a consulta de atención primaria por presentar desde hace unos meses edema retromaleolar bilateral, cansancio, alteración en menstruaciones, y enrojecimiento en región de mamas y prurito en dicho zona y espalda. Consta exploración física, donde en MMII no presenta edema, pulsos pedios presentes y simétricos, no signos de TVP y maculas redondas blanquecinas en región inferior de mamas y espalda. Consta como diagnóstico hipotiroidismo y dermatomicosis sin especificar. Pendiente de analítica el 23 de agosto.

- El 30 de agosto acude a consulta en su centro de salud para los resultados de la analítica. Consta TSH 1,84. y se pauta control analítico en 6 meses.

- El 22 de septiembre de 2017 vuelve a consulta por presentar mareo y está agobiada porque todavía se encuentra cansada. Presenta analítica para que le expliquen los resultados. Persiste la GGT elevada como años anteriores. Se solicita nueva analítica porque refiere que los mareos van a más.

- El 13 de octubre de 2017 cuando acude de nuevo a su centro de salud para el resultado de la analítica, refiere encontrarse mucho mejor y ya es capaz de hacer actividad física. Los resultados de la analítica aparece TSH 2,66 VSG 13, resto normal. Se pauta control analítico en seis meses y se explica signos o síntomas de alarma para revaluar.

- El 19 de diciembre de 2017 vuelve a consulta con su Médico de Atención Primaria, en la que refiere que tras volver a realizar deporte diaria en noviembre ha vuelto con disnea, edema en manos y MMII, asociado a cadera derecha y rodilla derecha. Indica subida de peso de 5 kg y que no puede hacer actividad física porque se agota. Consta la realización de ECO de cuello el 5 de diciembre donde consta Tiroides micronodular. Se solicita nueva analítica.

- El 21 de diciembre de 2017 bajo el diagnóstico de asma extrínseca se solicita RX de tórax y espirometría.

- El 2 de enero de 2018 consta que la paciente refiere que persiste la disnea y que ha suspendido toda la actividad física.

Por tanto, puede concluirse que en este período el motivo fundamental por el que acude a consulta es la presencia de cansancio y disnea asociado a la actividad física y edema en manos y MMII. Lo cual continúa en el período que va desde enero a julio de 2018 donde vuelve a consulta por disnea, cansancio, hipertensión, pero en ese período ya la paciente estaba siendo valorada por los Servicio de Medicina interna, Neumología, Cardiología y Alergología del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, incluso consta que acudía a Cardiólogo privado.

Hay que advertir que no es hasta el 7 de febrero de 2019 cuando la paciente refiere en consulta de Atención Primaria que presenta bultoma en mama derecha dolorosa con retracción del pezón (folio 357), por lo que fue remitida.

En cuanto a la asistencia en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, consta que fue atendida en el período del 18 de enero de 2018 al 19 de marzo de 2019. Durante este período constan las siguientes actuaciones y valoraciones (según informe del Servicio de Medicina Interna):

«- La primera visita o valoración inicial se realizó el 18 de enero de 2018, en la Consulta Externa de Medicina Interna, a petición del Médico de Atención Primaria, siendo el motivo de la consulta que (...) venia notando sensación de mucho cansancio o falta de aire tras la realización de ejercicios físicos como salir a correr o

en bicicleta, que en tiempos anteriores toleraba mejor y que esta sensación no le ocurría en reposo. Tampoco refería notar dolores torácicos. Refería Antecedentes Personales de Alergias medicamentosas a Aspirina e hierro oral, Bocio nodular con hipotiroidismo primario en relación a Tiroiditis en tratamiento con Tiroxina oral y Asma Bronquial Extrínseca en tratamiento con broncodilatadores y antihistamínicos. Había sido valorada en el año 2006 por el Servicio de Cardiología por la misma sintomatología (disnea de esfuerzo y episodio presincopal) que entonces habían aparecido con la práctica de buceo, realizándosele Ecocardiograma informado con presencia de Insuficiencia Mitral y Tricuspidea triviales.

También refiere edematización de miembros inferiores. Si no realiza ejercicio no presenta disnea. No otra sintomatología a otro nivel en la anamnesis por órganos y aparatos. Durante los últimos meses ha continuado con disnea que le impide realizar ejercicio, presenta cambios de coloración en pulpejos de los dedos que en ocasiones se ponen azulados y edemas que no se han objetivado.

La exploración física no mostró hallazgos patológicos y la sospecha diagnóstica se orientó al estudio de Disnea de Esfuerzo. Se le solicitaron estudios analíticos de sangre y orina, con hemograma, función renal y perfil hepático, enzimas musculares y cardiacos, reactantes de fase aguda, NT-proBNP, hormonas tiroideas, vit B12 yac. Fálico, Rx de tórax (solicitada por su médico, al igual que una espirometria) y Ecocardiograma y valoración cardiológica.

- Fue revisada el 20 de marzo 2018, refiriendo idéntica sintomatología que en enero. Las pruebas realizadas mostraron parámetros analíticos normales, Rx de Tórax sin alteraciones patológicas y Ecocardiograma Transtoracico normal, con insuficiencia mitral y tricúspide normales (resultado similar al realizado previamente).

Ante la ausencia de nuevos hallazgos patológicos que justificaran la persistencia de la sintomatología, se decidió ampliar el estudio diagnostico mediante un estudio de Autoinmunidad, TAC torácico de alta resolución sin contraste intravenoso y valoración por las especialidades de ORL y Neumología, con el fin de estudiar de forma completa las vías aéreas, a pesar de que la Rx de Tórax había sido normal.

- En seguimiento en consultas externas por Medicina Interna, Neumología, Cardiología y Alergología por estudio de su disnea.

- La segunda revisión se realizó el 15 de mayo 2018, refiriendo (...) alguna mejoría de la sensación disneica, por lo que estaba realizando regularmente

ejercicios de pilates, que toleraba. Se valoraron los resultados de las pruebas realizadas: estudio de Autoinmunidad negativo salvo elevación de IgE total y positividad de los Anticuerpos Antimicrosomales Tiroideos, ambos hallazgos en concordancia con las enfermedades crónicas ya conocidas en ella (asma bronquial y Tiroiditis). Dado que el perfil lipídico de (...) estaba elevado por encima del límite normal se prescribió tratamiento farmacológico con Atorvastatina oral. El resto de resultados fueron: Ergometría normal, valoración por ORL compatible con Rinitis Alérgica y estudio de TAC de Tórax de Alta Resolución (realizado el 13 de abril 2018) sin contraste intravenoso sin hallazgos patológicos. Quedaba pendiente la valoración por Neumología y la realización de un Holter de Tensión Arterial de 24 horas (MAPA) ya solicitadas.

- Se revisó de nuevo en Consultas Externas el 26 de junio 2018, refiriendo (...) encontrarse asintomática tras haber dejado de hacer ejercicio. Ya había sido valorada por Neumología y realizado una Gammagrafía Pulmonar de Ventilacion-Perfusion con resultado normal y quedaba pendiente la realización de un test de ejercicio. El MAPA mostró un resultado normal, sin detectarse hipertensión arterial.

- Tras contactar telefónicamente el médico de Atención Primaria con la Dra. (...), porque nuevamente (...) refería encontrarse con mayor dificultad respiratoria, acompañada de sensación de hinchazón de extremidades inferiores, la Dra. (...) decidió realizar el ingreso hospitalario de (...) el 30 de julio 2018. Refería también notarse alteración en la coloración de los pulpejos de los dedos, que se ponían azulados. Se mantuvo la hospitalización durante los siguientes 9 días, con control clínico diario y toma de constantes (tensión arterial, temperatura, saturación de O2 y frecuencia cardíaca) siendo siempre normales. Se realizaron de nuevo determinaciones analíticas generales, estudio hormonal, repetición del estudio de inmunidad y serológico, además de capilaroscopia y Resonancia Nuclear Magnética cerebral todos ellos normales, así como un nuevo estudio de TAC de Tórax esta vez con contraste intravenoso (realizado el 6 de agosto 2018) informado sin hallazgos de significación patológica, visualizándose Litiasis biliar no complicada en los cortes de abdomen incluidos en el estudio. También se realizó una Ergometría clínica y eléctricamente negativa para isquemia o arritmias, con respuesta presora normal, habiéndosele realizado con Pulsioximetro y manteniendo saturación de O2 de 98% durante toda la prueba y en recuperación.

Durante este ingreso, ante la normalidad de todas las exploraciones diagnosticas realizadas se discutió el caso con los médicos especialistas que habían valorado a (...) proponiéndosele seguimiento en consulta de Medicina Interna, Cardiología, Neumología y Alergia además de derivación a consulta de Enfermería Psicosomática, pensando que podía serle de ayuda dado que ante la falta de evidencia de patología cardíaca o neurológica que justificara su sintomatología había que tener en cuenta el diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica.

- La paciente ingresó en el Servicio de Cirugía General y Digestiva el 6 de Octubre 2018 tras acudir en repetidas ocasiones al Servicio de Urgencias por Dolor Abdominal, con el diagnóstico de Colecistitis Aguda Litiasica, siendo colecistectomizada por Laparoscopia el 10 de Octubre 2018, sin complicaciones inmediatas».

- Según Informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo el 7 de febrero de 2019 es remitida mediante interconsulta por su Médico de Cabecera con el diagnóstico de nódulo de mama izquierda con retracción del pezón, de manera preferente.

- El día 11 de febrero de 2019 es valorada en consulta en la Unidad de Mama, donde se confirma la lesión descrita y se solicitan todos los estudios pertinentes de manera muy preferente ante la sospecha de malignidad.

«- Se realizó una última revisión en Consulta de Medicina Interna el 19 de marzo de 2019, refiriendo entonces estar a la espera del resultado de una Biopsia de Mama (BAG) realizada el 11 de marzo 2019, refiriendo continuar con la disnea de esfuerzo y aportando un informe de segunda opinión realizado en Hospital Privado con impresión diagnostica de Shunt de Origen Cardiaco como causa de la disnea, estando pendiente de la realización de un Ecocardiograma Transesofagico que confirmara dicha impresión.

- El día 01/04/2019, con todos los estudios completos, mamografías, ecografías, biopsia con informe anatomopatológico y dictamen del Comité de Mama es valorada nuevamente en consulta de Cirugía con diagnóstico confirmado de carcinoma ductal infiltrante, Luminal A y se propone tratamiento quirúrgico inmediato por tratarse de una neoplasia de 19 mm con mala respuesta a neoadyuvancia. La paciente confirma que desea tratarse en otro centro, lo que queda reflejado en la historia clínica y es alta en consultas con la recomendación de operarse a la mayor brevedad posible.

- El 20/08/2019 solicita informe clínico de su patología que se realiza por la Dra. (…) donde se refleja que se explica el diagnóstico y la necesidad de cirugía en la fecha antes citada.

La paciente no ha vuelto a ser atendida en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo desde el 01/04/2019».

6. En la reclamación se indica que en el mes de junio de 2018 comienza con dolores en la axila y el pecho izquierdo, motivo por el que acude a su médico. Sin embargo, esto no queda objetivado en el contenido de la historia clínica, y la reclamante no aporta prueba que lo corrobore. No obstante, sí que consta acreditado que fue el 7 de febrero de 2019 cuando la paciente refiere en consulta de Atención Primaria que presenta bultoma en mama derecha dolorosa con retracción del pezón.

Por su parte, consta que el 11 de marzo de 2019 se realiza la biopsia de Mama (BAG) y el 1 de abril de 2019 con todos los estudios completos, mamografías, ecografías, biopsia con informe anatomopatológico y dictamen del Comité de Mama es valorada nuevamente en consulta de Cirugía con diagnóstico confirmado de carcinoma ductal infiltrante, Luminal A y se propone tratamiento quirúrgico inmediato. A pesar de esta indicación la paciente decide voluntariamente operarse en el Hospital de Toledo, donde por razones que se desconocen, no se opera hasta el día 30 de enero de 2020, cuando desde el 1 de abril de 2019 ya tenía el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, Luminal A y se propone tratamiento quirúrgico inmediato por tratarse de una neoplasia de 19 mm con mala respuesta a neoadyuvancia. En la biopsia realizada en el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote se aprecia 1 nódulo en cuadrante superior externo de mama izquierda, y cuando es operada en el Hospital de Toledo presenta 3 nódulos en cuadrante superior externo.

Igualmente consta que la paciente acude al Hospital de Toledo la primera vez en abril de 2019, donde se decide un tratamiento con hormonoterapia con respuesta parcial y finalmente se decide la intervención quirúrgica, realizándose mastectomía bilateral y reconstrucción inmediata con expansores el 30 de enero de 2020.

En el informe del Servicio de Medicina Interna, se concluye:

«Con respecto a los hechos reclamados decir que (…) fue valorada y estudiada durante el periodo de 14 meses en la Consulta Externa además de en la Planta de Hospitalización del Servicio de Medicina Interna por Disnea de Esfuerzo, realizándosele todas y cada una de las exploraciones diagnósticas recomendadas para la valoración de su sintomatología de una

forma progresiva y escalonada. Fue además valorada por las especialidades de Cardiología, ORL, Neumología, Alergia y Reumatología de nuestro Hospital, sin que se encontraran alteraciones objetivables en las valoraciones médicas o los estudios realizados durante el periodo de seguimiento, repitiéndose alguna de las pruebas para mayor seguridad diagnóstica.

Se siguió el Algoritmo Diagnostico recomendado en el Libro de Texto más ampliamente usado como referencia a nivel internacional: HARRISON'S Principies of Interna! Medicine Editorial McGraw Hill. Edición 2018. Página 223. En este texto recomienda para el estudio de la Disnea seguir un procedimiento diagnostico escalonado y progresivo estableciendo estudios de Fase 1: Rx de Tórax, Espirometría, Electrocardiograma y analíticas. Si no se alcanza un diagnóstico se recomiendan los estudios diagnosticas de Fase 2: TAC torácico y Gammagrafía o Angiografía pulmonar, Ecocardiograma y Pruebas de Función Respiratoria. Finalmente si persiste la incertidumbre diagnostica se debe realizar un Test de Ejercicio y valoración por otras especialidades como Cardiología y Neumología.

En el estudio de (...) se siguieron las recomendaciones establecidas y aceptadas a nivel internacional. Además se le proporcionaron en cada ocasión informes clínicos con los resultados de las exploraciones y tests realizados.

Como resultado del estudio diagnóstico no se objetivaron enfermedades cardiológicas o neumológicas o sistémicas como causa de la sintomatología, llegándose a pensar en un Síndrome de Fatiga Crónica como responsable. Se recomendó valoración por Enfermería Psicosomática y continuar con revisiones clínicas periódicas por los distintos especialistas.

Tanto los tiempos de espera para las valoraciones médicas y realización de pruebas diagnósticas han sido los adecuados, ajustándose a los estándares del Servicio de Medicina Interna y del Hospital Dr. José Molina Orosa, sin que existieran retrasos injustificados o errores en su ejecución.

Considero importante aclarar que la sintomatología referida por (...) (disnea de esfuerzo) no puede ser atribuida a las enfermedades de las que posteriormente ha sido diagnosticada y tratada. La primera de ellas, Litiasis biliar, fue objetivada en el TAC Torácico realizado el 6 de agosto, siendo entonces asintomática y no complicada. Posteriormente presento una Colecistitis Aguda litiasica en Octubre 2018, de la que fue intervenida quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General de nuestro Hospital.

Con respecto a la neoplasia de mama izquierda, ella notó alteraciones en enero 2019, concretamente asimetría con respecto a la otra mama, realizándose valoración diagnostica por los Servicios de Cirugía General y Radiodiagnóstico, incluyendo biopsia con aguja y con resultado final de Carcinoma ductal infiltrante, con afectación de ganglios linfáticos axilares y de la que posteriormente fue tratada en el Complejo Hospitalario de Toledo. No cabe pensar a la vista de 1os datos que la neoplasia de mama ya estaba presente durante el periodo en que se realizaron los estudios diagnósticos en Medicina Interna, teniendo en

cuenta que se realizaron 2 exploraciones de TAC de Tórax, uno el 13 de abril 2018 informado por el médico radiólogo como "sin adenopatías axilares" y otro el 6 agosto 2018 informado como "no se objetivan ganglios linfáticos de aspecto patológico por imagen". Por otra parte cuando la neoplasia de mama produce disnea es porque invade o metastatiza el pulmón o la pleura, situación que de existir se detecta en el estudio de extensión, que fue practicado preoperatoriamente en el Hospital de Toledo, siendo negativo para extensión pulmonar o pleural. Es por lo tanto una secuencia en el tiempo de distintas enfermedades las ocurridas a (...), sin que hubiera sido posible su diagnóstico con anterioridad, y que solo podían ser detectadas cuando estas se manifestaron clínicamente. No cabe pensar por tanto en retrasos diagnósticos o equivocaciones que pudieran haber supuesto un deterioro o agravamiento de la paciente (...)».

7. Hay que poner de relieve a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tiene a efectos probatorios los datos anotados en la historia clínica de la paciente**,** ya que son el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada, en el momento en que esta se produce y que además está informatizada para garantizar su contenido. Es decir, que los profesionales sanitarios que atienden a la paciente tienen el deber de cumplimentar la historia clínica en el mismo momento en que se está prestando la asistencia sanitaria, reflejando el estado del paciente y cualquier cambio o síntoma que se presente o que sea referido por el propio paciente, y lo hacen, obviamente, sin tener conocimiento del posterior devenir del proceso, ya sea favorable o desfavorable y de posibles quejas o reclamaciones que pueden formularse sobre su asistencia. Así el art. 3 de la Ley 41/2002 contiene una definición de la historia clínica como «*el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial*».

Pues bien, es este contenido de la historia clínica junto con los informes emitidos por los distintos especialistas, principalmente, el del Servicio de Medicina Interna, el que nos permite concluir que se actuó en todo momento conforme a la *lex artis* en la atención sanitaria dispensada a la reclamante por parte de los distintos profesionales sanitarios del Servicio Canario de la Salud.

No existió un retraso diagnóstico en este caso, ni la evolución que ha tenido de su patología es debida a una infracción de la *lex artis*, que en este caso, no se ha producido.

La paciente debutó con una sintomatología diversa, de la que fue adecuadamente valorada y estudiada durante el periodo de 14 meses por el Servicio de Medicina Interna primero por Disnea de Esfuerzo, realizándosele todas y cada una de las exploraciones diagnósticas recomendadas para la valoración de su sintomatología de una forma progresiva y escalonada. Y, además, fue valorada por las especialidades de Cardiología, ORL, Neumología, Alergia y Reumatología, sin que se encontraran alteraciones objetivables en las valoraciones médicas o los estudios realizados durante el periodo de seguimiento.

Esta inicial sintomatología (disnea de esfuerzo) no guarda relación con las enfermedades de las que posteriormente fue diagnosticada y tratada. La primera de ellas, Litiasis biliar, fue objetivada en el TAC Torácico realizado el 6 de agosto, siendo entonces asintomática y no complicada. Posteriormente presento una Colecistitis Aguda litiasica en Octubre 2018, de la que fue intervenida quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General.

Finalmente, consta objetivado en el expediente remitido que los síntomas propios y específicos de la patología por la que reclama (cáncer de mama) aparecen el 7 de febrero de 2019, o por lo menos esa es la fecha en la que la reclamante acude al servicio sanitario por presentar tales síntomas, por cuando la paciente refiere en consulta de Atención Primaria que presenta bultoma en mama derecha dolorosa con retracción del pezón. Ante la sospecha de una patología distinta a las anteriores, por el nuevo cuadro clínico, consta que el 11 de marzo de 2019 se realiza la biopsia de Mama (BAG) y el 1 de abril de 2019 con todos los estudios completos, mamografías, ecografías, biopsia con informe anatomopatológico y dictamen del Comité de Mama es valorada nuevamente en consulta de Cirugía con diagnóstico confirmado de carcinoma ductal infiltrante, Luminal A y se propone tratamiento quirúrgico inmediato.

Consta en el folio 207 del expediente que el 1 de abril de 2019 se explica a la paciente le diagnóstico y la necesidad de cirugía, pero la paciente indica que no tiene aquí familia y que se va a ir a Toledo a operarse y tratarse.

Por tanto, por los motivos expresados la reclamante decide operarse en el Hospital de Toledo. Y a partir de esta fecha se interrumpe la prestación sanitaria del Servicio Canario de la Salud.

Consta que la paciente acude al Hospital de Toledo la primera vez en abril de 2019, donde a pesar de la indicación que se dio desde el Hospital de Lanzarote de cirugía inmediata, se decide un tratamiento con hormonoterapia con respuesta

parcial y finalmente se decide la intervención quirúrgica, realizándose mastectomía bilateral y reconstrucción inmediata con expansores el 30 de enero de 2020.

Por tanto, donde por razones que se desconocen, no se opera hasta el día 30 de enero de 2020, cuando desde el 1 de abril de 2019 ya tenía el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, Luminal A y se propone tratamiento quirúrgico inmediato por tratarse de una neoplasia de 19 mm con mala respuesta a neoadyuvancia. Incluso, en la biopsia realizada en el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote se aprecia 1 nódulo en cuadrante superior externo de mama izquierda, y cuando es operada en el Hospital de Toledo presenta 3 nódulos en cuadrante superior externo, de modo que el tiempo transcurrido hasta que fue operada por decisión de otro centro sanitario ajeno al Servicio Canario de la Salud, pudo influir en la evolución de la enfermedad.

De este modo, lo que ocurre después del 1 de abril de 2019, es totalmente ajeno a la actuación del Servicio Canario de la Salud, no siendo responsable de las consecuencias que se hayan producido por la decisión que se toma en el Hospital de Toledo de demorar la intervención quirúrgica y de seguir otro tipo de tratamiento.

Por otra parte, en cuanto a la posibilidad de que el cáncer estuviera presente con anterioridad, y éste no se hubiera detectado por los servicios asistenciales del SCS, esta posibilidad está descartada por lo que informa el Servicio de Medicina interna que señala que a la vista de 1os datos objetivo la neoplasia de mama no estaba presente durante el periodo en que se realizaron los estudios diagnósticos en Medicina Interna, ya que se realizaron 2 exploraciones de TAC de Tórax, uno el 13 de abril 2018 informado por el médico radiólogo como «*sin adenopatías axilares*» y otro el 6 agosto 2018 informado como «*no se objetivan ganglios linfáticos de aspecto patológico por imagen*». Por otra parte, en cuanto a los síntomas que presentaba, se indica que cuando la neoplasia de mama produce disnea es porque invade o metastatiza el pulmón o la pleura, situación que de existir se detectaría en el estudio de extensión, que fue practicado preoperatoriamente en el Hospital de Toledo, siendo negativo para extensión pulmonar o pleural.

Por ello el Servicio de Medicina Interna concluye que estamos ante una secuencia en el tiempo de distintas enfermedades, sin que hubiera sido posible su diagnóstico con anterioridad, y que solo podían ser detectadas cuando estas se manifestaron clínicamente.

8. Todo lo anteriormente expuesto lleva a la imposibilidad de concluir que existiera un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama que padecía, sino todo lo contrario, fue adecuadamente atendida con todos los medios al alcance del servicio sanitario para llegar a un adecuado diagnóstico en función de la sintomatología que fue presentando la reclamante en el período de tiempo en el que acudió a los servicios asistenciales del SCS.

Procede, por tanto, afirmar que de los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, y de la historia clínica, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis.* La reclamante fue adecuadamente atendida por los distintos servicios a los que acudió a recibir asistencia sanitaria, pautando las pruebas diagnósticas pertinentes a los síntomas que presentaba en cada momento, principalmente analítica, así como pruebas de imagen como ecografías y TAC, con un diagnóstico adecuado a dicha sintomatología y al resultado de las pruebas realizadas, sin que el tiempo transcurrido para determinar que el diagnóstico, fuera contrario a la lex artis según el devenir del proceso y las circunstancias particulares del caso.

De este modo, no podemos considerar que exista un retraso diagnóstico, sino la necesidad de realizar las pruebas que se consideran pertinentes para descartar las posibles patologías causantes del cuadro clínico, dentro de los parámetros exigibles conforme a la *lex artis.* Existiendo, además, una ruptura del nexo causal por la intervención de un tercero ajeno al servicio sanitario propio del Servicio Canario de Salud, cuya actuación pudo ser determinante en el devenir posterior de los hechos y en el resultado final del proceso asistencial al que estuvo sometida.

Lo señalado lleva a concluir que no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente borrador de proyecto de dictamen.