Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 2 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 6 de mayo de 2025.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 131/2025 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 20 de marzo de 2025 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 21 de marzo de 2025), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada (90.000 €) sobrepasa la cuantía de los 60.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. 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.

---

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega haber sufrido un daño corporal o físico por el que reclama su resarcimiento, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

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

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

En el presente caso, si bien la reclamación fue interpuesta el día 22 de junio de 2022, por los daños derivados de la demora en el diagnóstico del cáncer de mama que padecía, el cual fue diagnosticado en los meses de enero y febrero de 2015, realizándose la intervención quirúrgica el 10 de febrero de 2015 y el tratamiento posterior de quimioterapia y radioterapia hasta el 17 de agosto 2015, lo cierto es que el plazo de prescripción para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial quedó interrumpido por el proceso penal seguido por los mismos hechos, mediante la presentación de denuncia el día 31 de mayo de 2016, hasta tanto no se resolviera la causa penal. Producida la absolución por Sentencia de 6 de septiembre de 2021, aclarada por Auto de 28 de abril de 2022, y declarada su firmeza por Auto de 16 de junio de 2022, comenzó el plazo para el ejercicio de la acción que debió dirigirse frente a la Administración. Por lo que habiéndose formulado la reclamación el 22 de junio de 2022, la misma se ha interpuesto dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

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

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, que cuantifica en 90.000 euros, presuntamente, por la demora en el diagnóstico del cáncer de mama que padecía, con el correspondiente retraso en recibir el tratamiento adecuado para el mismo, sustentando dicha acción de responsabilidad patrimonial en los siguientes hechos y fundamentos:

- El 19 de agosto de 2010 acude al Servicio de Urgencias Ginecológicas del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) por secreción sanguinolenta del pezón y bulto en mama derecha. Tras realización de ecografía se remite al Módulo de Patología Mamaria del citado hospital con carácter preferente, citándola para el día 27 de agosto de 2010.

- En dicha consulta, el 27 de agosto de 2010, se confirma la existencia de nódulo de unos 2 cm en mama derecha. Se realiza PAAF del nódulo, se extrae muestra para citología, ecografía de mama. Se cita en consulta para el 10 de septiembre de 2010, con los resultados de dichas pruebas y se solicita galactografía.

- El 21 de octubre de 2010, en consulta de Ginecología y tras los resultados de las pruebas realizadas, se le informa de que tiene un papiloma en mama derecha que no necesita ser extirpado por ser de pequeño tamaño. Se le explicó que el papiloma es una especie de verruga que en vez de salir en la piel, sale en el pecho y que no debía preocuparse.

En dicha consulta, además, ante la manifestación de la paciente sobre las dificultades para conseguir la gestación, el Ginecólogo le informa que en los resultados de las analíticas aparecían los niveles hormonales muy alterados, lo cual podía ser el motivo por el que no se quedaba embarazada, y le recomienda acudir al Módulo de reproducción asistida.

- En junio de 2011 y siguiendo las recomendaciones de su ginecólogo, comienza tratamiento en el Módulo de Fecundación in Vitro (FIV) del CHUC, pues deseaba un nuevo embarazo. No obstante, antes del tratamiento de FIV la mama derecha seguía emitiendo secreción sanguinolenta (desde agosto de 2010 a junio de 2011), que fue en aumento tras el tratamiento de FIV.

Por este motivo acude de nuevo al Módulo de Patología de Mama, donde su ginecólogo, además de sugerir el diagnóstico de «*papilomatosis difusa*», le recomienda la extirpación del nódulo. Se deriva a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

- En septiembre de 2012 se queda embarazada de forma natural. En la consulta del Módulo de Patología de Mama el Ginecólogo le ofreció la posibilidad de ser intervenida a los 3 meses de gestación, pero decide retrasar la intervención quirúrgica para no dañar al feto, siempre siguiendo las recomendaciones del ginecólogo, al considerar que no tenía riesgo de malignización del nódulo durante el embarazo.

- El 2 de mayo de 2013 da a luz a su hija, y tras seis meses suspende la lactancia para intervenirse del nódulo el día 20 de diciembre de 2013.

- El 20 de diciembre de 2013 fue intervenida quirúrgicamente en el CHUC en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. En dicha intervención se extrajo el nódulo y es analizado por Anatomía Patológica.

- El 20 de enero de 2014 acude al módulo de Patología de Mama y se le hace entrega del informe de anatomía patológica de fecha 23 de septiembre de 2013 que concluye: «*ausencia de lesión tipo papiloma o de signos histológicos de malignidad*».

Es diagnosticada de displasia mamaria, diagnóstico contrario a la sintomatología presentada y al de papilomatosis. El ginecólogo, en vez de repetir las pruebas, le da el alta del Módulo de Patología de Mama, sin cita de seguimiento.

- Durante los primeros meses tras la intervención se nota una pequeña dureza en el borde de la cicatriz, que ella cree que se debe a la propia intervención, pero a la vista de que la dureza se iba definiendo y empieza a presentar picor en la cicatriz,

decide acudir al Servicio de Urgencias Ginecológicas del CHUC, donde, tras ser valorada, se le indica la realización de ecografía de mama, que se realiza el 2 de enero de 2015, con imagen de nódulo hipoecoico mal definido de unos 12 mm. El día 8 del mismo mes y año se le realiza PAFF del nódulo.

- El día 15 de enero de 2015 su ginecólogo la cita en el Módulo de Patología de Mama para informar del resultado de la PAAF: hallazgos compatibles con carcinoma. El diagnóstico, por tanto: Adenocarcinoma de mama.

Se realiza mamografía bilateral y RMN, con resultado de dos nódulos adyacentes muy sugestivos de lesiones malignas.

En ese mismo momento solicitó explicaciones al Ginecólogo que había llevado todo su proceso, y le comunica: «*para detrás no podemos volver*», y que «*no sabe lo que ha pasado, que al operarme no se dieron cuenta de que esos nódulos estaban ahí o que no limpiaron todo el tejido que deberían*».

- Debido a la desconfianza en el Módulo de Patología de Mama, solicita traslado al Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC).

Allí se diagnostica a través de biopsia del nódulo mamario y realiza mastectomía radical con linfadenectomía axilar derecha por macrometástasis ganglionares.

El diagnóstico definitivo fue Carcinoma Ductal in situ e infiltrante Grado III en la mama derecha con afectación de ganglios axilares. Se somete a 6 ciclos de Quimioterapia y 25 sesiones de Radioterapia.

- A la vista de la diferencia de resultados de Anatomía Patológica en tan solo 13 meses, solicita una segunda opinión médica a Anatomía Patológica del CHUNSC sobre las muestras quirúrgicas obtenidas en el CHUC en diciembre de 2013 y se informa de Carcinoma Ductal in situ e infiltrante Grado III Nuclear y Comedonecrosis incipiente.

- Por todo lo anterior, el 31 de mayo de 2016 interpone denuncia contra los dos ginecólogos del CHUC y contra la Especialista en Anatomía Patológica del CHUC por mala praxis (diagnóstico tardío, no utilización de medios a su alcance, falta de seguimiento de la patología, inadecuada extirpación del nódulo mamario y error en el diagnóstico histopatológico de las muestras obtenidas).

Esta denuncia finaliza mediante Sentencia absolutoria de 6 de septiembre de 2021 que deviene firme el 16 de junio de 2022, pero en la que ese hace constar que, aunque no resulta suficiente para constituir un ilícito penal, es indudable que existió

un error diagnóstico pues «*la paciente en el año 2013 ya tenía células cancerígenas, pero dicho error no es concluyente para determinar la existencia de un ilícito penal*».

- En relación con los daños ocasionados, este error de diagnóstico condicionó que fuera dada de alta médica por el Servicio de Ginecología el 20 de enero de 2014 y que no recibiera el tratamiento inmediato que requiere un diagnóstico de carcinoma, no alcanzándose el diagnóstico de la patología que presentaba de carcinoma ductal infiltrante en mama derecha hasta el 13 de febrero de 2015, lo que produjo un retraso en el diagnóstico de, al menos, 391 días, retraso que conllevó a una mayor agresividad de los tratamientos que le fueron administrados con un incremento de las lesiones, que consistieron en una mastectomía radical en mama derecha, biopsia selectiva de ganglio centinela, linfadenectomía axilar derecha, así como quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

Por tanto, la acción de responsabilidad patrimonial sanitaria se fundamenta en la demora en el diagnóstico del cáncer de mama, con el correspondiente retraso en recibir el tratamiento adecuado para el mismo.

Cuantifica la indemnización solicitada en 90.000 euros.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 22 de junio de 2022 por (...). En este punto, la Propuesta de Resolución señala que «*con fecha 5 de octubre de 2021, (...) insta la iniciación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial*». Sin embargo de la documentación que obra en el expediente remitido, sólo consta la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada el 22 de junio de 2022, por lo que la resolución que se dicte deberá corregir, en su caso, la fecha de inicio del procedimiento por la presentación de la reclamación por el interesado.

Junto con dicho escrito aporta, entre otros, los siguientes documentos:

- Sentencia del Juzgado de lo penal n.º 1 de Santa Cruz de Tenerife de 6 de septiembre de 2021.

- Auto de aclaración de Sentencia de 28 de abril de 2022.

- Auto de declaración de firmeza de 16 de junio de 2022.

- Informe de Anatomía patológica de 23 de diciembre de 2013 emitido por la Dra. (...).

- Informe de Anatomía patológica de segunda opinión de 24 de septiembre de 2015 emitido por la Dra. (...).

- Informe médico pericial emitido por (...) de 25 de mayo de 2019.

2. Por Resolución de 27 de junio de 2022 del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada.

3. El 27 de junio de 2022 se solicita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) que «a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya presuntamente ocasionado la lesión, se emita por esa Inspección Médica informe en el que se concreten los siguientes extremos:

a) Lesiones producidas y presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario.

b) Cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente».

4. El 19 de julio de 2022 se notifica a la interesada requerimiento a efectos de que proceda a aportar, en el plazo de diez días, todo lo actuado en Diligencias Previas por los mismos hechos.

5. El 20 de marzo de 2023 la reclamante aporta la documentación requerida.

6. El 27 de marzo de 2024, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) remite el informe solicitado, así como la Historia Clínica de la paciente y los informes recabados:

- Informe emitido por la Dra. (...), Jefa de Servicio de la Ginecología y Obstetricia del HUC de fecha 12 de agosto de 2022.

- Informe del SIP de 27 de marzo de 2024.

7. Con fecha 21 de enero de 2025 se notifica a la interesada Acuerdo Probatorio y Trámite de Audiencia.

8. El 4 de febrero de 2025 la interesada aporta escrito de alegaciones, mostrando su desacuerdo con las conclusiones emitidas por el SIP, pues reitera que un diagnóstico precoz hubiera podido evitar un tratamiento tan agresivo como el que recibió con las consecuentes secuelas permanentes derivadas de dicho tratamiento. También se hubieran podido evitar las complicaciones en el miembro superior

derecho por tromboflebitis, que han afectado a su vida diaria, y a su vida laboral (ha necesitado readaptación del puesto de trabajo, etc.).

9. Con fecha 12 de marzo de 2025 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

10. Mediante oficio de 20 de marzo de 2025, con registro de entrada en este Consejo Consultivo al día siguiente, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional, 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 casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».*

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación, la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, recurso n.º 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: 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».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) 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, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la

medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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). Por lo tanto, 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).

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- 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).

2. Sentada la anterior doctrina y aplicándola al caso que nos ocupa, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido infracción de la *lex artis ad hoc* en la atención dispensada a la reclamante y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud extraído de la historia clínica, del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, resultan de interés para la emisión del presente Dictamen los siguientes hechos, que se deducen del expediente administrativo remitido:

- La reclamante, que en el momento de los hechos contaba con 35 años de edad, presentaba como antecedentes médicos, los siguientes: Vasculitis leucocitoclástica posible Púrpura de Scholein Henoch. (inactivo), colon irritable, rinitis alérgica, eccema atópico facial, hiperprolactinemia – galactorrea.

Antecedentes familiares: Cáncer de mama, tía materna, abuela paterna y tía paterna cáncer de ovario que falleció a los 50 años.

- El 19/08/2010 acudió a consulta por bulto en mama derecha y telorragia (secreción de sangre por el pezón) de una semana de evolución sin otros síntomas. Negaba traumatismo.

Desde hacía un año tenía un aumento de la prolactina (hormona estimuladora de la secreción láctea) que estaba siendo controlada por el servicio de Endocrinología, desde hacía más de 10 años.

En la exploración se palpaba un nódulo duro, móvil y de aproximadamente 1 cm de diámetro en mama derecha. Telorragia en mama derecha. En ecografía impresionaba de imagen hipoecogénica de 115 mm x 162 mm de diámetro.

Se le propone acudir al día siguiente, el 20/08/2010, a consultas externas de Ginecología para solicitar cita preferente en Módulo de Mama.

- El 27/08/2010 tras la anamnesis y exploración, se aprecia nódulo de unos 2 cm y telorragia en mama derecha. Y no se palpan adenopatías. Se solicita citología por impronta del pezón derecho, punción aspiración con aguja fina (PAAF) del nódulo de la mama derecha y ecografía de ambas mamas.

- El 10/09/2010 el resultado del PAAF y de la citología de la impronta fueron negativos. En el informe de la ecografía no se encontraron imágenes sospechosas de malignidad. Al presionar la areola a la 10 h se observa telorragia por lo que se solicitó galactografía.

- El 08/10/2010 en el resultado de la galactografía no se aprecian imágenes sospechosas ni defectos de repleción intraluminal. Sí se aprecian dilataciones quísticas acinares distales. No toma medicación y desea quedarse embarazada. Se solicitó analítica.

- El 21/10/2010, en la analítica, presentaba LH/FSH >2 y aumento de la androstendiona, típico del Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP).

- El 3 de mayo de 2012 acude a consulta de Ginecología, refiere que continúa con la telorragia por pezón derecho, y que actualmente se encuentra en tratamiento para la segunda FIV.

Se realiza ecografía de mamas el 18/04/2012 que mostró un patrón regular moderadamente fibroso sin imágenes de formaciones nodulares líquidas ni sólidas ni otros hallazgos ecográficos.

También se realiza galactografía unilateral el 19/04/2012 sin imágenes de densidades sospechosas ni microcalcificaciones agrupadas. Se canalizó orificio secretante introduciendo 1 ml de contraste yodado, visualizando conducto principal y ramificaciones con dirección a las 9 horas de calibre normal, arrosariados, con múltiples defectos intraluminales de pequeño tamaño que sugirieron una papilomatosis difusa. Ya tenía una citología por impronta de la telorragia negativa.

Al presionar a las 10 h y a las 12 h se observa abundante telorragia.

Se propuso y firmó para la extirpación en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y se entregaron los consentimientos informados.

- El 11/10/2012 en consulta de Ginecología manifiesta que estaba gestante por lo que quiere posponer la intervención propuesta hasta después del parto y lactancia.

- Tras el parto, que tuvo lugar el día 2 de mayo de 2013, acude a consulta de Ginecología el 21 de octubre de 2013 para inclusión en lista de espera para extirpación de papilomatosis. No ha tenido telorragia. Mamas simétricas y sin patología a la inspección. No se palpan nódulos ni adenopatías axilares. Secreción láctea por pezones.

- El 07/11/2013 se realiza ecografía mamaria que resultó normal. Pendiente de la intervención en Cirugía Mayor Ambulatoria. Se entregó consentimiento informado para cirugía de patología benigna.

- El 20/12/2013 acude con el diagnóstico de papilomatosis difusa para realizar cirugía.

Se procedió a la exéresis de tejido mamario derecho, atendiendo a la secreción del pezón, a la imagen radiológica descrita y al tacto. Se envió el material obtenido para estudio de anatomía patológica.

- El 20/01/2014 acude a consulta para el resultado de AP que es informado como FRAGMENTOS MAMARIOS CON SIGNOS DE DISPLASIA (AMBAS MUESTRAS). Cicatriz periareolar en mama derecha bien. Se le da el alta.

- El 15/01/2015 vuelve a consulta y refiere que desde hacía un mes comenzó a notar prurito a nivel de la cicatriz de la mama derecha.

Por ello le realizaron una ecografía el 02/01/2015 apreciando ambas mamas muestran un patrón de predominio fibroso visualizando un nódulo hipoecoico mal definido de aproximadamente 12 mm en intercuadrantes superiores de la mama derecha, región paraareolar, que coincide con el nódulo que refiere la paciente.

El 08/01/2015 se realiza una ecografía de mamas con PAAF, el estudio ecográfico de ambas mamas muestra un patrón de predominio fibroso visualizando un nódulo hipo-ecoico mal definido de aproximadamente 12 mm, con micro-calcificaciones en su interior, en intercuadrantes superiores de la mama derecha, región para-areolar, sugestivo de proceso neoformativo que coincide con el nódulo que refería la paciente. Se punciona mediante PAAF y el resultado de la citología del material remitido describía un frotis hemático, con presencia de elementos neoplásicos en placas, en túbulos y sueltos de hábito plasmocitoide, estos hallazgos morfológicos son compatibles con carcinoma.

DIAGNÓSTICO Hallazgos morfológicos compatibles con carcinoma.

El estudio ecográfico de la región axilar homolateral no mostró adenopatías sospechosas de afectación metastásica. En la exploración de la mama derecha y en la línea inter-cuadrante superior en el borde areolar se palpaba un nódulo de superficie irregular de 1,5 cm de consistencia media.

Se solicitó mamografía bilateral y resonancia magnética urgente.

En la comisión se clasificó como BIRADS 0 (2015/032), es decir, se necesitan estudios adicionales y/o comparación con mamografías anteriores.

- En la mamografía bilateral del 15/01/2015 se observan ambas mamas con patrón fibroglandular denso, moderadamente heterogéneo de distribución ligeramente asimétrica y sin imágenes de densidades sospechosas ni microcalcificaciones agrupadas. No se identificó el nódulo referido.

En la Resonancia Magnética con contraste del 20/01/2015 muestra dos pequeños nódulos adyacentes entre sí en intercuadrantes superiores de la mama derecha, cercanos a la areola con un tamaño de 1,1 cm el mayor y más anterior y de 5 mm el posterior, que presentan una captación precoz e intensa de contraste y cierto lavado posterior, muy sugestivos de lesiones malignas. No se observan otras lesiones en esta mama derecha ni en la izquierda.

- Visto los resultados anteriores se propuso realizar cirugía conservadora mediante la localización radio-guiada ampliada de lesiones ocultas de mama y biopsia selectiva del ganglio centinela diferida en CMA. La paciente firmó el consentimiento informado. La paciente solicita ser tratada en el CHUNSC. Por la pérdida de la confianza en el equipo del HUC.

- Por iniciativa propia el 27/01/2015 es vista «*urgente*» en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUNSC, Sección de Patología de Mama.

En esta misma visita se pone en lista de espera, se solicita preanestesia y analítica con marcadores. Se solicita a la Unidad de Radiología de Mama del HUNSC completar estudio.

El 27/01/2015 se realizaron los siguientes estudios y tomas de muestras: Mamografía 2 proyecciones, mamografía unilateral, ecografía de mama y ecografía de axila estadificación, PAAF y BAG.

Con los siguientes hallazgos:

En mamografía, ambas mamas densas, simétricas, sin nódulos sospechosos, nidos de microcalcificaciones ni signos indirectos de malignidad.

En ecografía, se aprecia nódulo sólido, de bordes irregulares, hipo-ecóico, de 0,8 x 1,2 cm en ICS de mama derecha, BIRADS 4.

Se realiza BAG eco-guiado con resultado de Carcinoma Infiltrante. Resto de ambas mamas sin otras lesiones sospechosas.

En la axila, adenopatías levemente engrosadas. Se realiza PAAF a la más accesible con resultado de C2, negativo para células tumorales malignas.

Conclusión: BIRADS 6 en mama derecha. Axila negativa (PAAF C2).

- El diagnóstico anatomopatológico de mama derecha (BAG) el 03/02/2015 concluye Carcinoma Ductal tipo NOS infiltrante grado III. Receptores estrógenos y progesterona positivos. Ki-67 positivo 20 % de núcleos tumorales. Citoqueratina 19 positiva, intensa y extensa. Her2/neu (Herceptest) pendiente de resultado. (El 02/03/2015 herceptest negativo grado 1).

El resultado de la punción aspiración eco-dirigida de ganglio linfático: Citología negativa para células tumorales malignas (C2) 28/01/2015.

- El Comité de Tumores de Mama del día 03/02/2015 en un primer momento decidió un tratamiento conservador, que tras conocer los resultados de la anatomía patológica y los diagnósticos previos de la paciente, cambió a un tratamiento más radical como la mastectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), con linfadenectomía axilar en su caso.

- El 10/02/2015 fue intervenida quirúrgicamente realizando una mastectomía derecha con biopsia selectiva del ganglio centinela y linfadenectomía axilar derecha. Donde el ganglio centinela reveló macro-metástasis con una carga tumoral elevada.

- El día 27/02/2015 el informe de la pieza de la mastectomía de mama derecha da un diagnóstico de Carcinoma de Mama tipo Ductal Infiltrante pT1m. midió 1,2 cm y se asociaba un nódulo a pocos mm de 0,5 cm. En la linfadenectomía derecha se aislaron 9 adenopatías sin cambios patológicos y la ampliación del margen de la tumorectomía sin cambios patológicos.

- El Servicio de Oncología Médica con el Diagnóstico Principal de: CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA DERECHA G2pT1cpN1M0. RH+ Her- SCORE 1-X. propone un Tratamiento de quimioterapia con un total de 6 ciclos comenzando el 6 de marzo 2015 finalizando el 25 de junio 2015. Posterior tratamiento de hormonoterapia (Tamoxifeno y Zoladex) y radioterapia loco- regional, con 25 sesiones desde el 14 de julio de 2015 hasta el 17 de agosto de 2015.

- En septiembre del 2015 presentó un episodio de trombosis de la vena basílica, que motivó tratamiento con Sintrom.

- En junio del 2016 consulta en el Servicio de Rehabilitación por presentar aumento leve de volumen del MSD. En relación al linfedema y/o al edema post-trombótico.

- En septiembre del 2015 la paciente solicita al Servicio de Anatomía Patológica del HUNSC una segunda opinión de las preparaciones sobre las que se realizó estudio y diagnóstico anatomopatológico en diciembre del 2013.

Al no poder estudiar las preparaciones histológicas por defectos de hidratación y tinción se realizan nuevos cortes de cada uno de los bloques acompañantes emitiendo como diagnóstico: Carcinoma infiltrante, subtipo no especial, no graduable por defecto de la muestra, con extenso Carcinoma ductal «*in situ*» Grado III nuclear y comedo-necrosis incipiente.

En el informe emitido por el SIP se concluye:

«El estudio anatomopatológico realizado el día 23/12/2013 cuyo diagnóstico fue fragmentos mamarios con signos de displasia (Mastopatía fibroquística). Es concordante con la clínica y exploraciones realizadas hasta este momento donde todo sugería ser un proceso benigno.

A.- Durante el procedimiento de estudio de las preparaciones se valora un número indeterminado de dichas preparaciones y si en lo que estas viendo no hay signos de alerta (confirmas que es bemigna), se da por finalizado y se emite un diagnóstico. No se valora todo el bloque de parafina, esto es así por economía de tiempo pues de otra forma no se acabaría nunca. (Confirmado con Anatomopatólogo Catedrático de Histología). Otra cosa sería cuando sí hay sospecha de malignidad, que se procesaría todo el bloque o bloques.

B.- En el estudio de segunda opinión no se usaron las mismas preparaciones sino unas nuevas por estar defectuosas las primeras. En base a esto creemos que no se puede afirmar que hubo error diagnóstico.

(...)

Con lo expuesto anteriormente queda claro que existe un problema en el proceso de diagnóstico citológico en anatomía patológica no solo por los criterios sino también por el grado de apreciación subjetiva y personal.

Todo ello habla en favor de que en el primer estudio anatomopatológico en 2013 no hubo error, sino que, en las preparaciones que tenía delante y con el apoyo de la información clínica y pruebas diagnósticas, según su propio criterio, calificó como un proceso benigno.

A la inversa también es cierto, es decir una vez que se tiene el diagnóstico de certeza, no solo por la BAG sino también por la propia pieza de la mastectomía es mucho mas sencillo saber lo que se está buscando y encontrarlo (...).

Este es el caso en el estudio realizado en 2015 como segunda opinión, sobre la muestra tomada en el 2013 pero con preparaciones nuevas. Donde se concluyó con un diagnóstico de Carcinoma infiltrante, subtipo no especial, no graduable por defecto de la muestra, con extenso Carcinoma ductal "in situ" Grado III nuclear y comedo-necrosis incipiente. Y con márgenes de la preparación tocando en la tinta china, es decir con márgenes afectados.

Esto confirma que hubo un retraso en el diagnóstico de malignidad, pero el estudio se realizó sobre otras preparaciones no las originales que estaban deterioras y no eran valorables.

Este retraso de un año y un mes aproximadamente (Desde finales de diciembre de 2013 hasta principios de enero de 2015) creemos que no afectó al plan de tratamiento puesto que de haberse podido realizar en el 2013 hubiese sido el mismo. Esto es así debido al tipo de carcinoma, no por el infiltrante sino por el ductal "in situ" que presenta un mayor riesgo de recidivas. Por la papilomatosis previa y por los factores de riesgo que ya estaba presentes en los antecedentes personales y familiares de la paciente. Edad 35 años, tratamiento hormonal previo, gestación tardía, antecedentes familiares de cáncer de mama y ovario con muerte antes de los 50 años.

La reclamación se fundamenta en la actuación contraria a la lex artis en el CHUC, por error de diagnóstico que condicionó que fuera dada de alta médica por el Servicio de Ginecología el 20 de enero de 2014 y que no recibiera el tratamiento inmediato que requiere un diagnóstico de carcinoma, no alcanzándose el diagnóstico de la patología que presentaba de carcinoma ductal infiltrante en mama derecha hasta el 13 de febrero de 2015, lo que produjo un retraso en el diagnóstico de, al menos, 391 días, retraso que conllevó a una mayor agresividad de los tratamientos que le fueron administrados con un incremento de las lesiones, que consistieron en una mastectomía radical en mama derecha, biopsia selectiva de ganglio centinela, linfadenectomía axilar derecha, así como quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia».

Debemos tener en cuenta que, en el presente caso, la reclamante inició un proceso penal frente a los Facultativos Especialistas en Ginecología y en Anatomía patológica que la atendieron en el CHUC, que acabó con Sentencia absolutoria, de modo que contamos con otros elementos probatorios relevantes que han sido incorporados al expediente, como son los informes médico forenses que se emitieron en aquel proceso penal. Contamos con dos informes, uno de 25 de octubre de 2018 y otro de 24 de mayo de 2019.

En el caso que nos ocupa la reclamante presentó como primeros síntomas un nódulo en mama derecha asociado a una telorragia (sangrado por pezón). Ante la

sospecha de papilomatosis difusa (patología beninga), tras los resultados de todas las pruebas practicadas, se decide su extirpación.

En el informe médico forense se explica que la causa más frecuente de la telorragia es el papiloma intraductal, mientras que el cáncer de mama es una causa relativamente infrecuente de telorrea, oscilando entre el 1 y el 15 % de los casos publicados.

Es importante señalar que en el momento que se decide la cirugía, absolutamente todos los datos tanto exploratorios como de pruebas complementarias eran congruentes con el sentido benigno de la patología y en más de una ocasión. Se realizaron 3 ecografías mamarias, 2 citologías por impronta de pezón, 2 PAFF y 2 galactografías que resultaron todas negativas para hallazgos de malignidad.

Por tanto, el plan quirúrgico se plantea atendiendo a criterios de benignidad, pues no concurrían factores que pudieran hacer sospechar que la lesión pudiera ser maligna.

La pieza extraída en la cirugía se envía al Servicio de Anatomía Patológica, que debe proceder a su análisis. Como señala el Médico forense, el análisis histopatológico tiene, por un lado, que confirmar/descartar la sospecha diagnóstica y por otro lado, debe descartar la presencia de hallazgos histológicos de malignidad, dado que el resultado de esta observación está por encima de las otras pruebas complementarias. Por tanto, la decisión posterior al análisis anatomopatológico de la lesión se funda en mayor medida en este resultado que en el de las otras pruebas complementarias.

En el caso que nos ocupa, en este estudio anatomopatológico no se objetivan signos histológicos de malignidad, de modo que unido a todas las demás pruebas, se consideró que era una lesión benigna y se da el alta. Según el médico forense esta actitud de ajusta a la práctica médica habitual.

Por tanto, se considera que la controversia se sitúa en la actuación del Servicio de Anatomía Patológica del CHUC, concretamente en la valoración que se realiza de la pieza quirúrgica extraída en la cirugía realizada el 20 de diciembre de 2013 por papilomatosis difusa, donde el material obtenido para estudio de anatomía patológica es informado como «*fragmentos mamarios con signos de displasia*».

En la reclamación se alega que se solicitó segunda opinión médica a Anatomía Patológica del CHUNSC sobre las muestras quirúrgicas obtenidas en el CHUC en diciembre de 2013 y se informa de Carcinoma Ductal in situ e infiltrante Grado III

Nuclear y Comedonecrosis incipiente. Pero en la Sentencia firme de 6 de septiembre de 2021 del Juzgado de lo Penal n.º 1 consta que no existe prueba alguna de que las muestras examinadas en el Servicio de Anatomía Patológica del CHUC contuvieran signos de malignidad, pues la Especialista en Anatomía Patológica del CHUNSC que realizó esa segunda opinión, manifestó que las doce laminillas que analizó la especialista del CHUC estaban en parte hidratadas y con burbujas que le impedía verlas bien al microscopio, estaban demasiado azules y con defectos de aplastamiento de tejido, de modo que como no le parecieron adecuadas las muestras a estudiar y disponía de los bloques histológicos, ordenó la realización de nuevas laminillas histológicas sobre las que hizo su informe, y que cuando realiza su estudio ya sabía que la paciente tenía cáncer.

Hay que precisar que en el primer informe médico forense, se indicó que *«desde el punto de vista diagnóstico realizado por parte del especialista en Anatomía Patológica, del análisis de las muestras realizadas en el Servicio de Toxicología y Ciencias forenses de Sevilla, se desprende que hubo error diagnóstico que condujo a una dilación en el diagnóstico de certeza y que provocó un retraso en el tratamiento».* Sin embargo, con posterioridad el Médico Forense rectifica su informe, y emite nuevo informe el 24 de mayo de 2019 en el que concluye que *«las preparaciones que fueron estudiadas con fecha 23 de diciembre de 2013 por el facultativo del Servicio de Anatomía Patológica del HUC presentan artefactos que impiden su análisis en la actualidad, por lo que no es posible afirmar de forma clara y objetiva si presentaban alteraciones que pudieran haber sido objetivables en el momento de ser estudiadas, ni que las mismas presentaran las características histológicas que posteriormente se observaron en las nuevas preparaciones realizadas y analizadas en el año 2015 en el Servicio de Anatomía Patológica del HUNSC y posteriormente en el INTCF de Sevilla en el año 2017.*

Que si bien del resultado de los análisis histológicos posteriores (utilizando nuevas laminillas preparadas a partir de la pieza quirúrgica en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria) se desprende que hubo una dilación en la detección de la patología y por lo tanto en la instauración de un tratamiento adecuado. NO se puede afirmar fehacientemente que se trate de un error diagnóstico por parte del facultativo del Servicio de Anatomía Patológica del HUC al ser técnicamente imposible el análisis de las preparaciones estudiadas en el año 2013 en este Servicio».

Por su parte, en la Sentencia del Juzgado de lo Penal se considera que no puede afirmarse que exista un error de diagnóstico por el Servicio de Anatomía Patológica del CHUC. Señala que aunque pudiera haber existido una dilación en la detección de la patología, no existe prueba alguna que permita establecer una relación causal

entre la actuación médica y la referida dilación. En la misma se indica, además, que aunque la paciente en el 2013 ya tenía células cancerígenas, no se puede concluir que se emitiera un diagnóstico erróneo, pues tal y como informaron los profesionales intervinientes, las características de las mamas hacen posible que no existan células cancerígenas en una lámina y sí en la inmediata posterior. Concluye que la actuación de la Facultativo especialista en Anatomía Patológica fue acorde a la *lex artis*, pues no existió prueba alguna que acredite que las muestras que examinó contenían células cancerígenas, por lo que no se puede concluir que su informe fuera incorrecto, por lo que no emitió un diagnóstico erróneo.

Por otra parte, podemos destacar que, según el estudio realizado en segunda opinión, en la pieza quirúrgica analizada en 2013 sí existían células cancerígenas, aunque no en las doce laminillas analizadas por la Especialista del CHUC, pues justo en las láminas inmediatamente posteriores que extrajo la especialista del HUNSC sí existían signos de malignidad, de modo que si se hubiera ampliado el estudio a más láminas de la muestra quirúrgica, se hubiera detectado el cáncer de mama.

Por tanto, la cuestión que se plantea es si la facultativa debió continuar profundizando en su estudio procediendo al análisis de más laminillas de las que disponía, pero dicha posibilidad no está avalada por ningún criterio médico que la sustente. No existen elementos que indiquen que la Especialista en Anatomía Patológica que analizó la muestra en 2013 debió continuar profundizando en su estudio procediendo a analizar más laminillas de las que disponía.

En este punto, procede aplicar la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso que, como su nombre indica, prohíbe un regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño (SSTS Sala 1.ª de 14 y 15.02.2006, 07.05.2007, 10.06.2008, más recientes de 20.05 y 01.06.2011 y de la Sala 3.ª de 15.03.2018). Proclama que no es factible cuestionar si hubo el error o retraso diagnóstico o inadecuación del tratamiento si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior del paciente y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico, ya que la valoración ha de efectuarse según los síntomas y los signos existentes en el momento de la valoración y de los medios diagnósticos y terapéuticos entonces disponibles, no siendo válido incurrir en la prohibición del regreso a partir del diagnóstico final.

Podría plantearse que al descartarse la existencia de papilomatosis en el resultado de Anatomía Patológica que es informado como displasia mamaria, debió

completarse el estudio, ante el distinto diagnóstico, pero consta en la Sentencia dictada por el Juzgado de lo Penal n.º 1, que según los informado los especialistas en Ginecología, tal displasia podría explicar la sintomatología de la paciente.

Por tanto, podemos concluir que aunque hubo retraso o dilación en el diagnóstico del cáncer de mama, en cuanto a que en la pieza quirúrgica analizada en 2013 sí existían células cancerígenas, por lo que en esa fecha tenía cáncer de mama, ese retraso no fue imputable a un error en el diagnóstico, por cuanto las muestras que examinó Anatomía Patológica (doce laminillas extraídas de la pieza quirúrgica) no contenían células cancerígenas, por lo que no se puede concluir que su informe fuera incorrecto, por lo que no emitió un diagnóstico erróneo.

Finalmente, en cuanto a la consideración de que el tratamiento hubiera sido el mismo de haberse detectado con anterioridad el cáncer, el SIP manifiesta que en 2013 el tipo de tumor era Carcinoma ductal «*in situ*» Grado III nuclear y comedo-necrosis incipiente, y en 2015 era Carcinoma de Mama tipo Ductal Infiltrante pT1m y el ganglio centinela reveló macro-metástasis. Según el SIP el plan de tratamiento que se podía realizar en el 2013 hubiese sido el mismo por el tipo de carcinoma, no por el infiltrante sino por el ductal «*in situ*» que presenta un mayor riesgo de recidivas. Según el Índice pronóstico Van Nuys (IPVN) (que es una herramienta que intenta cuantificar los principales factores pronósticos de recaída local en el CDIS, para hacerlos clínicamente útiles en la toma de decisiones), la puntuación de esta paciente es mayor de 10, por lo que está indicada una cirugía más radical como es la mastectomía. La duda puede plantearse en relación a si en 2013 también debió realizarse la linfadenectomía axilar derecha como ocurrió en 2015 por afectación del ganglio centinela.

Teniendo en cuenta que el problema suscitado gira en torno al retraso en el diagnóstico, debemos partir de que un diagnóstico es el resultado de la diagnosis, y este término hace referencia a diagnosticar, que significa, recabar los datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar un determinado estado patológico. Así pues, «*el diagnóstico está generalmente basado en una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente pueda identificarse la presencia de una alteración. En todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se realicen*» STS 167/2006 (Sala 1.ª), de 15 de febrero de 2006. En este caso, absolutamente todos los datos tanto exploratorios

como de pruebas complementarias eran congruentes con el sentido B. de la patología y en más de una ocasión. Se realizaron 3 ecografías mamarias, 2 citologías por impronta de pezón, 2 PAFF y 2 galactografías que resultaron todas negativas para hallazgos de malignidad.

Analizadas objetivamente las circunstancias acaecidas, y la documentación que obra en el expediente remitido a este Consejo, no se detecta ninguna acción que sea contraria a la *lex artis.* De los informes obrantes en el expediente, 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*. Por tanto, el resultado final y el estado lesional de la paciente no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud.

Por todo lo expuesto, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada. El reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable o no sea el esperado, no supone *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad. Como bien afirma la SAN de 24 de mayo de 2000 «*la lesión se define como daño ilegítimo, pues no todo perjuicio es constitutivo de una lesión en el sentido ténico-jurídico del término, porque si bien toda lesión es integrante de un daño y perjuicio, no todo daño y perjuicio es constitutivo de una lesión*».

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV del presente Dictamen.