

D I C T A M E N 3 3 4 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de septiembre de 2026.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 295/2026 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

La reclamación y el dictamen: importe de aquella y carácter preceptivo de este. El derecho aplicable a su trámite y emisión.

Legitimación, competencia, plazos de formulación, tramitación y resolución.

1. Mediante oficio de 6 de julio de 2026 (registrado en este Organismo al día siguiente), se solicita dictamen sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización de 250.000 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo para emitirlo y la legitimación de la consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias y 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

* Ponente: Sr. Pérez Hernández.

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución son de aplicación la citada LPACAP, y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. Se cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. En cuanto a la legitimación activa, tiene interés legítimo y, por ende, derecho a reclamar la interesada, al sufrir ella misma en su esfera personal el daño cuyo resarcimiento reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, por ser titular, mediante el SCS, de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver el procedimiento es la Dirección del SCS, según el art. 60.1.n) LOSC. Pero por Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora (BOC n.º 4, 8 de enero de 2015), está delegada en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

6. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presentó el 27 de marzo de 2023 respecto de un daño cuyas secuelas quedaron determinadas el 20 de diciembre de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita. Nada objeta sobre ello la administración.

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

II

Los motivos de la reclamante y el Informe del Servicio de Inspección

1. Los motivos de la reclamante

La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y

perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

En su reclamación expone lo siguiente, copiado de su escrito inicial:

«1. El 14 de marzo acude al médico por una otitis y comenta que le ha salido un puntito en el pecho. El médico no le da importancia, la médico era (...)

2. El 12 de noviembre 2020 y 14 enero 2021 acude por pérdida de peso a

3. El 21 de enero acudo otra vez por pérdida de peso

4. El 12 de mayo 2021 acude por erosión en el pezón manifestando que le pica y la doctora (...) se refiere que a la palpitación no objetivo de tu oración ni bulto y que la costra se cae.

5. El 19 diciembre 2021 acude al médico de cabecera y no está la médico habitual sino una sustituta (...) y le comenta el es Ema en el pezón... le manda una crema y la remite a dermatología (...) la cita para dermatología sería para el 17 de marzo del 2023.

6. El 27 de enero acude a la matrona (...) y tras la exploración mamaria me pone negativa y que no ve signos malos.

7. El 7 de julio acude otra vez al médico y está (...), se sigue quejando y la deriva para ir al cirujano plástico. pone en el motivo de consulta al cirujano (...) eccema de pezón.? Y aún no tiene ni fecha de visita.

8. El 14 de septiembre vuelve a acudir al médico de cabecera, hay otro médico sustituto, (...), y nada más ver el pecho afirma que corra a urgencias del HUC que tiene un tumor y la deriva al HUC

9. El 21 de septiembre llama el médico (...) para hacerme un seguimiento y le contesta que aún ni retiene cita del hospital

10. El 3 de octubre acude a consulta a quejarse porque no me han llamado del hospital. a finales de octubre después de haberle unas pruebas en el HUC. le confirman que tiene un tumor, y que pena que no se lo hayan diagnosticado antes por q la operación ahora es más compleja, le extirpan el pecho y tiene metástasis en las axilas.

11. Al operar el pecho le ponen expansor y se tiene que someter a radioterapia y acudir a tratamiento psicológico.

Se reclama indemnización por daños y perjuicios, por el error en el diagnóstico de la médico (...) y la mala praxis de esta profesional sanitaria, junto con su sustituta, siendo responsable directo el servicio canario de salud».

2. La descripción de la asistencia, hecha por el Servicio de Inspección del SCS: informes de 2025 y 2026, y sus diferencias.

El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS ha emitido dos informes sobre el asunto que motiva el procedimiento, que constan ambos en el expediente.

2.1. En el primer informe del SIP, de 27 de octubre de 2025, se dice lo siguiente:

«A.- (...), nacida el 15 de enero de 1971, con antecedentes de: Depresión en tratamiento farmacológico con benzodiazepinas, antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos, (desde 2002). Cefalea migrañosa (2008), psoriasis (2011). Pérdida de peso 6 Kg (28.09.12) Vértigo (2014), entre otros.

B.- Siguiendo el objeto de la reclamación, el 02.11.20 es atendida en el servicio de urgencias del HUC por dolor abdominal y el 12.11.20 realiza consulta telefónica en Atención primaria por pérdida de peso de 7 Kg en tres meses y dolor abdominal difuso.

Ya había sufrido otro episodio de pérdida de peso de 6 kg en el año 2012, sin objetivar patología alguna.

Se solicita analítica en la que presenta sangre oculta en heces y se cursa petición de colonoscopia.

C.- 12.05.21 Por primera vez, en consulta de atención primaria Dra. (...), consta que acude por erosión en pezón derecho. No retracción del pezón. A la palpación de la misma, no se objetivó tumoración ni bulto. Refiere desde hace 3 meses. Costra que se cae. La lesión en pezón se corresponde con dermatitis o eczema que provoca síntomas como enrojecimiento, descamación y picor alrededor del pezón.

No es hasta el 29.09.21, más de cuatro meses después, cuando en atención primaria y en llamada telefónica con el Dr. (...): “ (...) Comenta presentar lesión dermatológica en pezón desde hace seis meses, pero desde hace unos días le molesta más, motivo por el cual solicita valoración médica, comenta que no está en la isla para explorarla. Se indica tratamiento farmacológico y cita presencial a la mayor brevedad para evaluar lesión (...) ”.

Dos meses y medio después, el 10 de diciembre de 2021, acude a cita presencial y se cursa derivación a Dermatología prescribiendo en ese momento pomada Tisuderma® por eczema del pezón. A la exploración: se aprecia en pezón derecho lesión oscura en cara lateral externa, de bordes irregulares, pruriginosa, sin nódulos mamarios palpables ni fisuras, ni secreción.

D.- El 27.01.22, la paciente fue valorada por matrona, quien no identificó hallazgos sospechosos de malignidad. Exploración mamaria negativa. Se tomó muestra para citología cervical.

E.- El 27 de abril de 2022, se le practicó una mamografía dentro del Programa de Cribado de Cáncer de Mama de Canarias, con resultado BIRADS 1 (normal). Este resultado es coherente con lo esperado en esa fecha, ya que no existía masa palpable.

No consta manifestación alguna de síntomas clínicos ni referidos por la paciente ni detectados por el personal técnico. En el informe del PDCMC se deja constancia de que no se identificó lesión visible en la imagen de mamografía.

La lectura de las imágenes mamográficas se realiza en doble lectura a doble ciego, una primera lectura por el radiólogo de la unidad, y una segunda lectura por el 2º radiólogo de referencia en un plazo inferior a 7 días.

La sensibilidad de la mamografía para diagnosticar cáncer de mama oscila entre el 61 y el 95%. Su especificidad oscila entre el 80- 90%, especialmente si no hay componente tumoral subyacente visible o si la localización es retroareolar.

F.- El 7 de julio de 2022, en consulta presencial de atención primaria manifiesta ahora que desde hace dos años presenta lesión en pezón y desde hace unos meses le molesta más, pruriginoso (picor) y doloroso y refiere que ha crecido en los últimos meses.

A la exploración no presentaba nódulos mamarios, ni fisuras en pezón ni secreción por el mismo, por ello no se pensó en lesión mamaria y se planteó derivación a Cirugía Plástica.

G.- El 14 de septiembre de 2022, en consulta de atención primaria con el Dr. (...), mismo facultativo que ya le había atendido en consulta telefónica el 29.09.21, le manifiesta ahora que la lesión la presenta desde hace tres años (¿?). A la exploración física se aprecia, una masa retroareolar palpable de aproximadamente 1 X 2 cm, retracción del pezón, prurito intenso, cambios cutáneos y adenopatía axilar ipsilateral. Se remitió de urgencias al Hospital Universitario de Canarias.

H.- En el HUC: A la exploración en pezón derecho se observó lesión fibrosa oscura de 5-10 mm que impresiona de absceso crónico, con costra antigua, sin eritema ni signos de inflamación aguda, no drena a la presión. No nódulos palpables. No secreciones. No adenopatías axilares. Se solicita con carácter urgente mamografía/ecografía y con los resultados citar en patología mamaria.

I.- Se practicó el 10.10.22 mamografía diagnóstica que es informada BIRADS 0.

BIRADS 0 es un resultado no concluyente en la mamografía por lo que se precisan estudios adicionales.

A la vista de la sintomatología ahora descrita, se realiza ecografía mamaria el 17.10.22.

Se objetiva un nódulo de bordes lobulados subyacente a complejo areola-pezón, clasificada como BIRADS 4a. BIRADS 4a se corresponde con imagen ecográfica con baja presunción de malignidad 2-10%

J.- El 13.10.22 en consulta de Ginecología se realiza biopsia punch de pezón derecho.

El resultado de anatomía patológica obtenido fue: Carcinoma infiltrante no específico (ductal):

-Grado 1: *histológicamente se considera un tumor de bajo grado, biológicamente de crecimiento lento y buen pronóstico.*

-Receptores hormonales (ER y PR) positivos: *Son tumores que crecen lentamente, mejor pronóstico, responde a terapia hormonal*

-HER2 negativos: *mejor pronóstico Crecimiento más lento que el cáncer HER2 positivo*

-Ki-67 10%: *Esto es, de comportamiento poco agresivo, bajo índice de proliferación.*

Índice de crecimiento del tumor en %, es una manera de medir qué tan rápido crecen y se dividen las células cancerosas. El punto de corte tumores baja proliferación es del <20 % y alta proliferación >20%

Por sus características histológicas y moleculares no se trata de un tumor de crecimiento rápido. Estas características no se modifican con el tiempo.

24.10.22 Ecografía: Lesión hipoecoica bajo pezón derecho subyacente a complejo areola-pezón. El estudio axilar no muestra ganglios sospechosos.

Se consideró el 27.10.22 el ingreso para mastectomía derecha, ganglio centinela y colocación de expansor. Suscribe consentimiento informado para la cirugía.

La opción de mastectomía, no de tumorectomía se justifica por la localización retroareolar en seno pequeño.

K.- Se practica preoperatorio el 16.11.22 y se realiza la cirugía el 20.12.22 consistente en mastectomía derecha y estudio ganglio centinela intraoperatorio que resulta negativo para grandes grupos de células tumorales. Por el servicio de cirugía plástica interviniente se coloca expansor.

El informe anatomopatológico confirmó tumor de 1,7 cm con afectación dérmica del pezón, receptores hormonales positivos, HER-2 negativo, Ki-67 del 10 % y micrometástasis ganglionar única con invasión extracapsular.

Nos encontramos en un Estadío IB.

Tamaño (T), estado ganglionar (N), Metástasis (M).

pT1 Tumor infiltrante ≤ 2.0 cm dimensión máxima

pN1mi Micrometástasis (metástasis de 0.2 mm - 2.0 mm)

pM0 Sin metástasis a distancia.

(...)

El estadio IB de la reclamante en cáncer de mama tiene la tasa más alta de supervivencia relativa a cinco años, con un 98%.

L.- El informe de la Sección de Patología Mamaria del Hospital Universitario (1 de septiembre de 2025) ratifica la indicación de mastectomía con exéresis del complejo areola-pezón (CAP) y colocación de expansor, confirmando que la decisión quirúrgica fue adecuada y conforme a la práctica clínica habitual. El Comité Oncológico posterior indicó radioterapia (40 Gy/15 sesiones) e inicio de hormonoterapia adyuvante tamoxifeno.

CONCLUSIONES

1.- La primera consulta en atención primaria relacionada con afectación del pezón se produjo el 12.05.21, con sintomatología referida desde hace tres meses y la siguiente consulta telefónica el 29.09.21, desde hace seis meses, en ningún caso permite trasladar el caso a 2020.

2.- La reclamante, a pesar de haberle indicado el 29.09.21 que acudiera a consulta presencial, por decisión propia lo demora hasta el 10 de diciembre de 2021, cuando acude a cita presencial y se cursa derivación a Dermatología prescribiendo en ese momento pomada Tisuderma® por eczema del pezón. A la exploración: se aprecia en pezón derecho lesión oscura en cara lateral externa, de bordes irregulares, pruriginosa, sin nódulos mamarios palpables ni fisuras, ni secreción.

3.- El 27 de abril de 2022, se le practicó una mamografía dentro del Programa de Cribado de Cáncer de Mama de Canarias, con resultado BIRADS 1 (normal). Este resultado es coherente con lo esperado en esa fecha, ya que no existía masa palpable.

No consta manifestación alguna de síntomas clínicos ni referidos por la paciente ni detectados por el personal técnico En el informe del PDP de junio de 2023 se deja constancia de que no se identificó lesión visible en la imagen de mamografía.

4.- Se concluye que la atención prestada a la paciente, hasta este momento fue razonable en función de la sintomatología y exploración realizada. La paciente presentaba una lesión costrosa y pruriginosa en el pezón derecho, sin masa palpable ni signos de alarma, que fue interpretada clínicamente como eccema, una causa frecuente y habitualmente benigna.

5.- Posteriormente, aunque la reclamante consulta por otras causas, no es hasta el 7 de julio de 2022 cuando manifiesta de nuevo la afectación del pezón, y tras exploración no se sospecha afectación mamaria, sino que se deriva a cirugía plástica.

El 14 de septiembre de 2022 en nueva exploración es cuando se aprecia tumoración de aprox 1x2 cm subcutánea debajo de la lesión del pezón lo que induce a sospechar una afectación tumoral en el tejido mamario.

6.- El tiempo transcurrido entre el mayo de 2021, primera consulta en atención primaria relacionada con el pezón y 14.09.22 consulta en atención primaria cuando es derivada al HUC servicio de Urgencias no ha empeorado el pronóstico de curación o supervivencia, atendiendo

al estadio en que se encontró el tumor IB y las características biológicas y moleculares del mismo, de buen pronóstico.

7.- Cabe señalar que la paciente tenía escaso tejido mamario, según consta en los informes de radiodiagnóstico, lo que limitaba la sensibilidad de la exploración clínica y de la mamografía. La mamografía de cribado de abril de 2022 fue valorada como BIRADS 1 (normal), y se ajustó a los protocolos establecidos, sin que pueda imputarse responsabilidad alguna al programa de detección precoz».

En su párrafo final este informe de 2025 contiene el siguiente texto, sobre una eventual o posible indemnización por pérdida de oportunidad:

«En este contexto, si la Administración estimase que procede indemnización, esta debería valorarse conforme a los criterios establecidos para casos de pérdida de oportunidad, con un grado de probabilidad, y atendiendo al porcentaje del daño efectivamente sufrido que pueda atribuirse de forma razonable a esa pérdida (habitualmente entre el 10 y el 60 % del valor baremado, según dictamen técnico-económico)».

Por último -como no es infrecuente- se hace una indicación bibliográfica:

[1] Menzies K, et al. "Paget's disease of the breast: a clinical challenge." J Oncol Pract. 2020

2.2. En el segundo informe del SIP, de 23 de abril de 2026, se dice lo siguiente, que no es enteramente coincidente con lo anterior:

«1. (...), con DNI (...), presenta como antecedentes personales de depresión (año 2002), psoriasis (año 2006, en seguimiento por el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -CHUC en adelante) y migraña (año 2008).

2. El día 21 de enero de 2021 tuvo cita con su médico de atención primaria (MAP en adelante) comentándole que desde hacía dos años y medio había perdido peso, que no lo tuvo en cuenta porque hacía mucho deporte todos los días, pero durante el confinamiento había dejado de entrenar y continuó perdiendo peso, aproximadamente 7 Kg en dos años. Se solicitó analítica para su estudio con resultados dentro de la normalidad.

3. El día 12 de mayo de 2021 consta registro de la primera consulta a su MAP por erosión en el pezón derecho en el que presentaba una costra que se caía, de tres meses de evolución. Fue explorada describiendo que no existía retracción del pezón a la inspección ni tumoración o bulto a la palpación.

4. Más de cuatro meses después, el día 29 de septiembre, tuvo una cita telefónica con su MAP refiriendo que presentaba lesión en pezón de seis meses de evolución, que desde hacía unos días le molestaba más. Puesto que no se encontraba en la isla, se le indicó acudir a un centro de salud cercano para una mejor valoración con exploración física.

A los dos meses y medio de esta cita, el día 10 de diciembre, acudió a consulta de su MAP refiriendo que presentaba una lesión en el pezón de un año de evolución, con mayor molestia y prurito desde hacía unos días, y que había aumentado ligeramente de tamaño asociando secreción en ocasiones. A la exploración física destacaba una lesión oscura de bordes irregulares, pruriginosa, sin asociar nódulos, fisuras ni secreción. En esta consulta se registró que tras la valoración de otros médicos que le habían indicado tratamiento tópico había presentado una leve mejoría. Dada la clínica referida, la exploración física en ese momento y el hecho de que había mejorado con tratamiento tópico, se decidió pautar tratamiento (Tisuderma: corticoide+antibiótico) y realizar interconsulta al Servicio de Dermatología.

5. El día 27 de enero de 2022 tuvo cita con la matrona del centro de salud para citología, registrando en ese momento en la historia clínica "Exploración mamaria negativa".

6. El día 27 de abril de 2022 se realizó una mamografía a través del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM en adelante) en el que se indicó mamas categoría BIRADS I, lo que significa negativo para malignidad.

7. El día 7 de julio acudió a cita con su equipo de atención primaria, enfermero y médico, para control de salud con realización de electrocardiograma y toma de constantes vitales. A la valoración por su MAP consultó por la lesión en el pezón, descrita como "eccema", que desde hacía unos meses había aumentado de tamaño, era más molesta y pruriginosa. A la exploración física se describía lesión oscura en la mitad del pezón de mama derecha, de bordes irregulares, pruriginosa, sin asociar nódulos, fisuras ni secreción. En ese momento no se identificaron signos de malignidad por lo que se le indicó continuar tratamiento tópico y se realizó interconsulta al Servicio de Cirugía Plástica.

8. Dos meses después, el día 14 de septiembre, acudió consultando por la lesión en pezón derecho registrando "Actualmente acude a consulta por presentar crecimiento, dolor importante al tacto superficial o roce de ropa, picor intenso", describiendo a la exploración física "Lesión en pezón indurada con retracción a nivel de pezón derecho con cambio de coloración reticulado en superficie descamativa en mitad lateral de pezón, tumoración de aprox 1x2 cm subcutánea debajo de la lesión comentada (...) ". Ante los hallazgos descritos fue derivada al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH en adelante) del CHUC donde fue explorada describiendo una lesión oscura costrosa sin palpar el nódulo anteriormente descrito, decidiendo la solicitud de mamografía y ecografía para su valoración en la consulta de patología mamaria.

El día 10 de octubre se realizó la mamografía con diagnóstico BIRADS 0, lo que exige la realización de otras pruebas complementarias para mejor valoración, como la ecografía realizada en la que se describía "Área nodular hipoeoica de márgenes lobulados, subyacente

al CAP derecho, que presenta unos ejes de 22.7x8mm, con telorrea asociada. Ruego valoración. BIRADS 4", por lo que continuaría estudio en el CHUC.

9. El día 13 de octubre tuvo la primera valoración en la consulta de patología mamaria del CHUC en la que se realizó biopsia-punch de pezón derecho cuya anatomía patológica informó sobre "Carcinoma infiltrante no específico (ductal) grado 1, ER positivos (8), PR positivos (8), HER2 negativo, Ki67 10%". 10. El manejo fue conjunto por parte del Servicio de Obstetricia y Ginecología así como por el Servicio de Cirugía Plástica pues la intervención propuesta por la comisión de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama consistiría en la mastectomía y biopsia de ganglio centinela con colocación de un expansor tisular. Lo comprendió y aceptó mediante suscripción del consentimiento informado. El día 20 de diciembre se intervino mediante mastectomía derecha y ganglio centinela intraoperatorio que resultó negativo, por lo que se procedió en un segundo tiempo a la colocación del expansor. El postoperatorio fue favorable por lo que se dio de alta indicándole control en consultas externas.

11. El informe de anatomía patológica de la pieza de [rectius: mastectomía] informaba "Carcinoma infiltrante no específico grado 1, pT1cN1mi (sn), 1x1,1x1cm, márgenes de resección libres, piel de pezón afectada por carcinoma, micrometástasis de un ganglio linfático estudiado. Receptores estrógenos positivos. Receptores progesterona positivos. Her2/neu negativo, Ki6710%". De acuerdo a estos hallazgos el comité de tumores decidió completar el tratamiento con hormonoterapia y radioterapia por lo que fue derivada a Oncología Médica y Oncología Radioterápica.

En la primera consulta con el Servicio de Oncología Médica se solicitaron pruebas complementarias (analítica con marcadores tumorales, radiografía de tórax, ecografía de abdomen y densitometría ósea), y en la cita sucesiva, el día 20 de enero de 2023, inició hormonoterapia, calcio y vitamina D.

Por su parte, el Servicio de Oncología Radioterápica, programó las sesiones de radioterapia entre el 17 de marzo y el 10 de abril, con cita de revisión al mes de finalizar el tratamiento, encontrándose asintomática y sin signos de recidiva.

Mantuvo seguimiento con solicitud de pruebas complementarias sucesivas por los diferentes servicios implicados (Oncología médica y radioterápica, Ginecología, Cirugía Plástica).

12. Durante el tratamiento de hormonoterapia y radioterapia continuó en seguimiento por el Servicio de Cirugía Plástica planteando sus dudas sobre el tratamiento a realizar, que fueron aclaradas, por lo que al finalizar la radioterapia se esperó el tiempo oportuno con seguimiento estrecho hasta que se programó la cirugía el día 12 de agosto de 2024 llevándose a cabo el recambio del expansor por prótesis anatómica y la mastectomía subcutánea izquierda con colocación de prótesis anatómica. Tuvo una evolución postquirúrgica

satisfactoria, registrando en los evolutivos que se encuentra muy bien y muy contenta con el resultado».

Tras el anterior y transcrito relato de 2026, se hacen las siguientes «CONSIDERACIONES»:

«1- En el escrito de reclamación se trata de relacionar la pérdida de peso referida en consulta de atención primaria con el proceso oncológico posteriormente diagnosticado, sin embargo no se ha encontrado relación entre estos procesos. En noviembre de 2020 refirió pérdida de peso asociada a dolor en hipogastrio que fue estudiada con analítica y sangre oculta en heces que resultó positiva por lo que se solicitó colonoscopia para su estudio. En enero de 2021 dio más detalles sobre la pérdida de peso informando que había perdido peso en el contexto de realización de ejercicio físico intenso a diario, pero que durante el confinamiento por la pandemia SARS-CoV2 había dejado el entrenamiento y había continuado perdiendo peso, unos siete kilos en dos años, lo que pudiera estar en relación a disminución de la masa muscular tras abandonar el ejercicio físico de intensidad que realizaba previamente. No volvió a consultar por este motivo hasta el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante en octubre de 2022 ni tampoco posteriormente al mismo. En cualquier caso, esta pérdida de peso aislada no era manifestación de un síndrome constitucional, pues la pérdida de peso en este contexto ocurre con mayor rapidez, asociando otros síntomas como astenia y anorexia, así como alteraciones analíticas que en este caso había resultado con valores dentro de la normalidad, salvo la sangre oculta en heces positiva por lo que se solicitó la colonoscopia.

2- Resulta relevante señalar que el proceso diagnóstico en este caso presentaba una complejidad importante derivada de las características iniciales de la lesión y de las consultas realizadas por la paciente en atención primaria, que fueron un total de cinco consultas (cuatro presenciales y una telefónica) a lo largo de dos años y cuatro meses. La dispersión temporal entre las consultas, pasando desde tres meses hasta siete meses entre ellas (mayo 2021 presencial, septiembre 2021 telefónica indicándole solicitar cita presencial, diciembre 2021 presencial, julio 2022 presencial y septiembre 2022 presencial), dificultó la posibilidad de establecer un seguimiento evolutivo estrecho y continuado de la lesión. A lo largo de estas consultas fue valorada por diferentes facultativos que registraron de forma detallada la anamnesis y exploración física descrita inicialmente como un eccema o lesión oscura y pruriginosa en pezón, sin asociar datos de alarma (retracción, nódulos, fisuras (...)) y que además había presentado una respuesta parcial a los tratamientos tópicos previamente pautados según refería la paciente (antifúngico, corticoide, antibiótico). De acuerdo a la anamnesis, evolución y exploración física descritas el proceso diagnóstico orientaba inicialmente hacia la presencia de un proceso dermatológico (...) como se indica en el informe del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC en adelante) “Tras ser atendida por los signos de lesión en pezón derecho, en el

primer abordaje terapéutico, la sospecha inicial no tiene por qué ser carcinoma, ya que existen patologías dermatológicas benignas que se manifiestan de la misma forma”.

Durante ese tiempo tuvo otras citas en atención primaria con otros motivos de consulta y cabe destacar que la cuarta vez que consultó por la lesión en el pezón, en julio de 2022, fue con ocasión de una revisión de salud programada con su equipo de atención primaria (enfermero médico), de manera que la limitada frecuencia de consultas específicamente dirigidas a esta patología dificultaron el establecimiento de una continuidad asistencial por este motivo. No obstante, cada una de las ocasiones en las que consultó fue adecuadamente explorada sin detectar datos de alarma que orientaran a la realización de una actuación diferente a la llevada a cabo.

3- Además de las limitadas y muy espaciadas citas solicitadas por este motivo de consulta, en enero de 2022 consta registro en su historia clínica de que fue valorada por la matrona del centro de salud con exploración mamaria negativa y en abril de 2022 se realizó una mamografía que indicaba categoría BIRADS 1. A este respecto, el informe de la Radióloga del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM en adelante), explica que la valoración de las imágenes de mamografías realizadas se lleva a cabo por dos radiólogos, a doble ciego. Además, aclara que la sensibilidad y especificidad de esta prueba es alta, aunque la sensibilidad puede variar en función de determinados factores como puede ser la localización de la lesión, en este caso era retroareolar lo que explica que no fuera visible en esta prueba de imagen. Cabe destacar que hasta ese momento no se había palpado nódulo ni tumoración en las exploraciones descritas en la historia clínica, ni tampoco había sido referido por la paciente. El informe del Servicio de Ginecología del HUNSC aclara que “La decisión de realizar pruebas complementarias de imagen o de anatomía patológica se deciden en función de la evolución de la sintomatología que se aprecie en controles clínicos sucesivos, tras el tratamiento instaurado inicialmente”, lo que apoya que la evolución descrita hasta el momento habiendo referido la paciente mejoría parcial con los tratamientos tópicos indicados y con una mamografía dentro de la normalidad, no exigía la indicación de pruebas complementarias, de hecho la prueba indicada ante la sintomatología referida por la paciente es la mamografía realizada.

4- En septiembre de 2022 se dejó constancia en su historia clínica de que acudía específicamente a consultar por el crecimiento de la lesión, asociando dolor importante y picor intenso, síntomas diferentes a los referidos en las consultas previas en las que había comentado aumento de tamaño ligero, molestia y algo de picor, pero no un claro crecimiento con síntomas como dolor y picor de gran intensidad. En ese momento la exploración física también fue diferente que en las valoraciones previas pues ya se apreciaba una lesión indurada con retracción del pezón y se palpaba un nódulo subcutáneo, sin embargo en las tres valoraciones presenciales previas por este motivo de consulta consta una exploración física detallada en la que no se describía retracción del pezón ni nódulos palpables. El Dictamen del CCC cuestiona si hubiese sido posible detectar el nódulo con una exploración

más detenida o por personal más capacitado o instrumental más conveniente, lo que puede responderse a la vista de las exploraciones descritas, realizadas por facultativos de atención primaria que llevaron a cabo la inspección y palpación indicadas para la exploración de este tipo de lesiones y, aunque pudiera surgir la duda de que el nódulo estuviese o no dos meses antes, lo que puede asegurarse es que no se objetivó fue la retracción del pezón que es fácilmente identificable con una simple inspección, por lo que no se puede asegurar que en ese momento el nódulo estuviese presente y pudiese haber sido detectado con una exploración "mejor hecha".

5- El diagnóstico anatomopatológico establecido fue de carcinoma infiltrante no específico (ductal) grado 1, con receptores de estrógenos y progesterona positivos, HER2 negativo, Ki67 10%. Conviene desglosar estos términos anatomopatológicos para comprender el tipo de tumor diagnosticado y realizar algunas aclaraciones a cuestiones planteada en el Dictamen del CCC:

-El carcinoma ductal es el tipo de cáncer más frecuente, se habla de infiltrante porque ha sobrepasado los conductos mamarios infiltrando el tejido circundante. Este diagnóstico anatomopatológico deja claro que no se trataba de una Enfermedad de Paget, tal como pudo quedar insinuado por la bibliografía aportada en el anterior informe de este Servicio de Inspección y Prestaciones, lo cual se aclara con el presente informe.

-Grado histológico: el grado 1 corresponde a tumores bien diferenciados, con baja agresividad biológica, menor tasa de proliferación y mejor pronóstico.

-Receptores hormonales (estrógenos y progesterona): se asocian a una mayor probabilidad de respuesta a tratamientos hormonales y con ello a un mejor pronóstico global.

-HER2 negativo: indica que el tumor no expresa esta proteína que se asocia a una mayor agresividad tumoral cuando es positiva, por tanto, en este caso el tumor tiene un comportamiento menos agresivo.

-Ki 67 10%: marcador de proliferación celular, de manera que valores inferiores al 15-20% indican una baja tasa de crecimiento, por lo que en este caso un 10% es un factor de buen pronóstico.

El informe del Servicio de Ginecología del HUNSC detalla que "En cuanto a las dimensiones del tumor, la biología del tumor y el ritmo de crecimiento son imprevisibles", apreciación que merece ser aclarada teniendo en cuenta la biología del tumor descrito, con sus características intrínsecas que no se modifican, y que orienta hacia un tumor de menor agresividad (grado histológico 1, HER2 negativo), crecimiento lento (Ki 67 10%), con buena respuesta al tratamiento hormonal (receptores de estrógenos y progesterona positivos) y, por tanto, una mejor supervivencia a largo plazo.

6- El tratamiento consistió en mastectomía de mama derecha con colocación de un expansor manteniendo seguimiento estrecho por el Servicio de Cirugía Plástica hasta que hubo indicación de recambiar el expansor por una prótesis anatómica, realizando en ese mismo acto quirúrgico la mastectomía de la mama izquierda profiláctica con colocación de prótesis anatómica.

El informe anatomopatológico de la biopsia de pezón y de la pieza quirúrgica confirmaban la afectación de la piel del pezón, por lo que había indicación de realizar mastectomía en cualquier caso, coincidiendo las apreciaciones de los informes de los Servicio de Ginecología del CHUC “ La localización retroareolar de la neoplasia indicaba mastectomía para extirpar el complejo areola-pezón, con indicación estética de colocar expansor previo a la prótesis definitiva” y del HUNSC “Si se hubiera diagnosticado el carcinoma de mama al inicio de la sintomatología, el abordaje terapéutico sería el realizado (mastectomía+biopsia selectiva de ganglio centinela+reconstrucción), ya que como consta en su historia clínica, presentaba lesión de localización central y mama pequeña”. Por tanto, en cualquier momento evolutivo de la patología, la mastectomía de la mama derecha era necesaria para el correcto tratamiento reduciendo riesgos de recidiva. Además, la paciente fue informada de las opciones terapéuticas optando por realizar del mismo modo la mastectomía profiláctica de la mama izquierda con colocación de prótesis anatómica.

Durante el seguimiento por el Servicio de Cirugía Plástica tras la colocación de prótesis anatómica bilateral se registró en su historia clínica que la evolución ha sido muy satisfactoria, que la paciente se encuentra bien y muy contenta.

7- La anatomía de la pieza de mastectomía informaba “pT1cN1mi (sn); 1x1.1x1cm, márgenes de resección libres, piel de pezón afectada por carcinoma, micrometástasis 1 ganglio linfático estudiado”. Conviene analizar este diagnóstico anatomopatológico:

-Sistema de estadificación T (tamaño), N (afectación ganglionar), M (metástasis), para identificar el estadio tumoral en el momento del diagnóstico: T1c -mayor a 1cm y menor a 2 cm, en este caso 1x1,1x1 cm; N1mi-micrometástasis, áreas diminutas (0,2-2mm) de propagación en los ganglios linfáticos debajo del brazo; corresponde a un Estadio IB.

-Márgenes de resección libres: Tumor extirpado completamente, lo que reduce el riesgo de recidiva local.-Piel de pezón afectada por carcinoma: Indica infiltración del complejo areola-pezón, lo que condicionaría el manejo terapéutico con necesidad de mastectomía en cualquier caso».

La última de las «Consideraciones» con las que finaliza el informe se manifiesta sobre la anterior mención de una eventual pérdida de oportunidad, y su también eventual valoración económica a efectos de indemnización, en los siguientes términos, que se califican de ‘aclaración’ del informe anterior:

«8- Se aclara la apreciación realizada en el Dictamen del CCC sobre el anterior informe del Servicio de Inspección y Prestaciones “ (...) el informe concluye o termina haciendo constar una insinuación o sugerencia acerca de la existencia eventual de una pérdida de oportunidad, que sin embargo no ha sido objeto de argumento ni comentario alguno en la propuesta de resolución desestimatoria”.

Tras la revisión de la documentación obrante en el expediente, se concluye que las tres valoraciones presenciales previas al inicio de la orientación diagnóstica por sospecha de carcinoma fueron adecuadas a la anamnesis descrita, la exploración física presentada en esos momentos y la evolución clínica de la lesión que según la paciente había presentado mejoría parcial con tratamientos tópicos, lo que orientaba hacia la existencia de una patología dermatológica benigna como primera posibilidad diagnóstica. Los contactos de la paciente con los facultativos de atención primaria fueron escasos y muy espaciados, lo que impidió la creación de una continuidad asistencial que posibilitara la elaboración de una hipótesis diagnóstica diferente en esos momentos. En la cuarta valoración presencial, un año y cuatro meses después de la primera consulta por una lesión en el pezón, se describió una exploración física diferente a las previas con retracción del pezón, fácilmente identificable con una inspección, asociando un nódulo palpable que previamente no se había identificado a pesar de describir exploraciones físicas completas de la mama incluyendo la palpación. Por tanto, no se considera la existencia de una pérdida de oportunidad, que se define como la disminución real de las probabilidades de curación o de obtener un mejor resultado clínico como consecuencia de una actuación sanitaria inadecuada, pues no se ha demostrado la existencia de una actuación contraria a la *lex artis* sino que fue adecuadamente valorada con exploración física en varias ocasiones sin identificar signos clínicos que obligaran a la sospecha de patología maligna. En el momento que aparecieron estos signos de alarma fue estudiada y diagnosticada de forma precoz ofreciéndole el tratamiento más adecuado en su caso, informando el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica que se encontraba en un Estadío IB debido a la presencia de micrometástasis detectada en un ganglio linfático estudiado, considerando que éste es un estadio precoz del cáncer de mama con un pronóstico global favorable, influido además por las características biológicas del propio tumor».

III

La tramitación del expediente administrativo por el SCS. Su retroacción tras el Dictamen 30/2026, de 26 de enero

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial practicados han sido los siguientes:

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el 25 de enero de 2023 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial de (...), en el ámbito del SCS.

- Con fecha 28 de marzo de 2023 se requirió a le reclamante para que subsanara su reclamación manifestando el medio de notificación elegido, propusiera los medios probatorios que estimara convenientes y cuantificara la indemnización, lo que fue verificado mediante escrito de 24 de abril de 2023.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del SCS n.º 1490/2023, de 25 de abril, se admite a trámite la reclamación de la interesada y se acuerda la realización de cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución.

- Con fecha 25 de abril de 2023 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 27 de octubre de 2025 se remite informe del SIP, así como copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -en adelante, HUC-, la historia de salud obrante en la Gerencia de Atención Primaria, informe emitido por la Dra. (...) [FEA Radiodiagnóstico del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Canarias (PDPCM)], e informe emitido por el Dr. (...) (Responsable de la sección de Patología Mamaria).

- Con fecha 10 de noviembre de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental.

- Considerando ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 10 de noviembre de 2025 se acordó otorgar el preceptivo trámite de audiencia a la interesada. Una vez transcurrido el plazo conferido, no se formularon alegaciones por la reclamante.

- Por el órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, no se recabó el informe de los Servicios Jurídicos por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por aquello.

- Con fecha 12 de diciembre de 2025 se emitió Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de la interesada.

- Con fecha 26 de enero de 2026 se emite por la Sección I de este Consejo Consultivo el Dictamen 30/2026, de 26 de enero, en el que se concluye que «*La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de la interesada, no se*

considera conforme a Derecho, porque debe retrotraerse el procedimiento en los términos y a los fines expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen» y por los fundamentos jurídicos que se invocan en el propio Dictamen, relativos a las facultades del Consejo para reclamar información complementaria, así como a la tramitación debida del expediente y la obtención de informes necesarios para ello.

- Con fecha 26 de enero de 2026 se remite el Dictamen del Consejo Consultivo de Canarias 30/2026, de 26 de enero, a fin de que por el SIP se recabara informe de especialista en Oncología Ginecológica perteneciente a centro sanitario distinto de los que han tratado a la reclamante y, una vez valorado, se dé respuesta a las cuestiones planteadas en el Fundamento IV del Dictamen.

- Con fecha 23 de abril de 2026 el SIP remite Informe complementario en el que, tras las consideraciones antes transcritas, se concluye lo siguiente:

«6) Revisada la documentación disponible en el expediente, no se ha encontrado la existencia de actuaciones contrarias a la Lex Artis, por lo que se emite un informe desfavorable».

- Con fecha 24 de abril de 2026 se confiere nuevo trámite de audiencia a la reclamante, que no formuló alegaciones.

- Con fecha 19 de mayo de 2026 se vuelve a emitir Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio.

IV

La cuestión de fondo: si puede declararse legalmente la existencia de responsabilidad patrimonial del SCS

1. Las reglas generales sobre la existencia de responsabilidad patrimonial y sus particularidades en los servicios sanitarios: la *lex artis ad hoc*

1.1. La nueva Propuesta de Resolución es, como la anterior, desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial, al entender el órgano instructor que no se dan los requisitos precisos para atribuirle al SCS.

1.2. Los requisitos exigidos para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración se han descrito por el Consejo en frecuentes, numerosos y también recientes pronunciamientos, por aplicación de los mandatos constitucionales y legales y en los precedentes jurisprudenciales y judiciales.

1.3. Así, por ejemplo, puede citarse el DCC 261/2026, de 2 de julio, que contiene cita de otros anteriores [216/2026, de 4 de junio, 173/2026, de 12 de mayo], que es útil transcribir:

« (...) Las reglas generales.

La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el art. 106.2 del Texto Constitucional: «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 a la ley contenida en el precepto constitucional conduce, actualmente, a la aplicación del capítulo IV del Título preliminar de la 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». En el mismo Dictamen [173/2026], también como en otros muy numerosos pronunciamientos, recuerda nuestra doctrina que a partir de dicha regulación la Jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en una formulación expuesta, entre otras, en la STS (Sala 3.ª) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6.ª, rec. n.º 1308/2012, STS 4942/2014, FJ 3) y en otras muchas posteriores, en que se relacionan o enumeran los elementos cuya existencia conjunta es imprescindible para que quepa reconocer el derecho a la indemnización y atribuir a la administración la responsabilidad de afrontarla: - Que exista un daño sufrido por un particular y que el daño sea real y efectivo, no posible ni hipotético o imaginado, sufrido por una persona concreta, y que quepa su evaluación económica. - Que el daño sea consecuencia o efecto del funcionamiento de un servicio público, ya sea un funcionamiento anormal o incluso normal, al que quepa atribuirse ser la causa de modo indudable y exclusivo -en el sentido de inmediato y no interferido por nada- aunque coexista con otras causas que también concurran a la producción del daño, entre las cuales puede encontrarse la conducta del propio perjudicado. - Que no haya fuerza mayor. - Que no tenga el particular que ha sufrido el daño un deber jurídico de soportarlo. Así resulta de la propia Constitución y, por su mandato, de los términos de los arts. 32 y 34 LRJSP.

(...) La Lex artis.

En materia de asistencia sanitaria, también la jurisprudencia ha venido a establecer unas reglas básicas, complemento y desarrollo de los principios referidos en los párrafos anteriores, que rigen la atribución de responsabilidad cuando esta se demanda a la administración prestadora de los servicios y que descansan en la lex artis ad hoc, la cual impide atribuir responsabilidad a la actuación que se ajusta a ella, de modo que una

actuación correcta no puede considerarse causa del daño o lesión. Así, por ejemplo, se dice en la STS de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010 STS 2494/2015, FJ 5) lo siguiente: «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 (...) (...) ». Se atiende con ello al mandato explícito de la ley (art. 34.1 LRJSP), que dispone que «No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos». Por ello viene sosteniendo el Consejo que por lo tanto, « (...) el criterio de la *lex artis* determina la normalidad no solo técnica sino por ello mismo también jurídica 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* Canarias, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP)». [DCC 173/2026, citado] 3. La prueba Por mandato de las reglas generales de nuestro ordenamiento, los hechos en que se funde la reclamación deben ser probados, en principio, por el propio solicitante de la indemnización, pues la existencia de las obligaciones debe probarse por quien reclama su cumplimiento. Por tal razón, es al reclamante a quien incumbe demostrar la existencia del daño y su condición de efecto del funcionamiento del servicio público. Por ello, viene recordando el Consejo la jurisprudencia consolidada 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».

Lo mismo se había dicho en otros muchos dictámenes anteriores, p. ej. 328/2020, de 10 de septiembre, con mención de las muy citadas STS de 26 de marzo de 2012, STS de 13 de marzo de 2012, STS de 8 de febrero de 2012 y STS de 23 de enero de 2012).

El ajuste o el quebranto de la *lex artis ad hoc* es, pues, determinante, junto con la existencia del daño, para que se entienda que este es efecto o *consecuencia*, como dice la ley, de la actuación sanitaria. Si las reglas científicas y técnicas cuyo respeto y aplicación son debidos no se han desatendido, no podrá considerarse que la actuación sanitaria ha sido causa del daño, pues lo legalmente exigible no es la obtención de un resultado favorable sino el uso de los medios adecuados. Por añadir precedentes y fundamentos a los ya expuestos, puede recordarse (STS 28 de marzo de 2007), que *la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades, y que (STS 23 de septiembre de 2009) es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial.*

1.4. Como se dice, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario tiene las particularidades descritas, que se derivan de la denominada «*lex artis ad hoc*»:

La STS de 28 de marzo de 2007 dice que «*la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del*

personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, la STS de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de Casación n.º 89/2008) entiende que *« (...) el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».*

Es decir, no hay otra exigencia a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria técnicamente correcta en cada caso, con los medios adecuados, pero no la de garantizar un cierto resultado positivo o favorable, por lo que la obligación de indemnizar surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

En este mismo sentido se ha expresado este Consejo. Por ejemplo y entre otros muchos en el DCC 6/2019, de 9 de enero:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional

sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la *lex artis* se define como *ad hoc*, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece “El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando 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”.

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que “en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta

la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto". Así las cosas y como quiera que de los hechos que la Sala de instancia declara probados no resulta en el caso enjuiciado una actuación médica contraria a lex artis, ha de concluirse que los eventuales daños que con ocasión de la misma se hubieran podido producir -incluidos los daños morales- en ningún caso serían antijurídicos, por lo que existiría la obligación de asumirlos, sin derecho a indemnización».

1.5. Por otro lado, en relación con la carga de la prueba u *onus probandi*, este Consejo Consultivo ha sostenido en múltiples ocasiones (p.ej. DCC 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, según el art. 32.1 LRJSP, el primer requisito 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 los hechos que constituyen este nexo causal (su llamado *sustrato fáctico*) incumbe al reclamante, según la regla general de 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 recaerá el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, o la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción y además, 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 aquella cualquier incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Todo ello es de aplicación al presente expediente, como se expuso en el anterior dictamen y se razona a continuación.

2. El anterior Dictamen del Consejo: su fundamento en el expediente y en el primer informe del SIP

Consta en el expediente que la reclamante fue atendida por el SCS en sucesivas ocasiones, desde el día 12 de mayo de 2021 en que figura la primera mención o referencia a su padecimiento en el pezón, hasta que le fuera diagnosticado -el día 15 de octubre de 2022- el carcinoma que, finalmente motivó la mastectomía.

Es claro que, a los efectos de esta reclamación, para determinar si hay responsabilidad patrimonial si ha habido quebranto de la *lex artis ad hoc*, son en principio irrelevantes las actuaciones anteriores al 12 de mayo de 2021 y las posteriores a 15 de octubre de 2022.

Antes de la primera fecha no consta nada que deba tenerse en cuenta sobre la patología de la reclamante, y después de la última fecha se produjeron las consecuencias de su carcinoma que -afortunadamente, se nos permitirá decirlo- pudo ser extirpado quirúrgicamente con resultado, según el expediente, satisfactorio.

Entre esas dos fechas, hubo las siguientes actuaciones:

- 12 de mayo de 2021: Consulta presencial en el Centro de Salud de la paciente, con motivo de *erosión del pezón derecho*, que refiere padecer desde hace tres meses.

- 29 de septiembre de 2021: Consulta -telefónica, pues la paciente no estaba en Tenerife- por *lesión dermatológica en pezón derecho desde hace seis meses*.

- 10 de diciembre de 2021: Consulta presencial: «ANAMNESIS: PRESENTAR LESIÓN DERMATOLÓGICA EN PEZÓN DEDE HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE PERO DESDE HACE UNOS DÍAS LE MOLESTA MAS, PRURIGINOSO Y LIGERAMENTE DOLOROSO. HA SIDO VALORADA POR VARIOS MEDICOS QUE HAN PAUTADO TRATAMIENTO CON LEVE MEJORIA REFIERE HA AUMENTADO LIGERAMENTE DE TAMAÑO LA LESION Y EN OCASIONES SE FISURA CON PRESENCIA DE SECRESION VERDOSA(HA REALIZAD TRATAMIENTOS ANTIBIOTICOS) REFIERE CUANDO SE DUCHA SE FROTA FUERTEMENTE LA LESION. EXPLORACIÓN: PEZON DERECHO; PRESENTA LESION OSCURA EN CARA LATERAL EXTERNA , DE BORDES IRREGULARES, PRURIGINOSA, NO PRESENCIA DE NODULOS MAMARIOS, NO FISURAS, NO SECRESION EN ESTOS MOMENTOS».

- 27 de enero de 2022: «Fue valorada [presencialmente, se entiende] por matrona, quien no identificó hallazgos sospechosos de malignidad. Exploración mamaria negativa».

- 27 de abril de 2022. Mamografía con resultado dentro de la normalidad (BIRADS 1), esto es, no se identificó imagen de lesión visible.

- 7 de julio de 2022 Cita [presencial] con su equipo de atención primaria, enfermero y médico, para control de salud con realización de electrocardiograma y

toma de constantes vitales. Dice la historia clínica: [«PRESENTA LESIÓN DERMATOLÓGICA EN PEZÓN (ECCEMA) DESDE HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE. DESDE HACE UNOS MESES LE MOLESTA MAS, PRURIGINOSO Y DOLOROSO Y REFIERE ESTA HA CRECIDO ABARCANDO MITAD DEL PEZÓN EXPLORACIÓN FÍSICA: PEZÓN DERECHO; PRESENTA LESIÓN OSCURA QUE ABARCA MITAD DEL PEZÓN, DE BORDES IRREGULARES, PRURIGINOSA, NO PRESENCIA DE NÓDULOS MAMARIOS, NO FISURAS, NO SECRECIÓN EN ESTOS MOMENTOS» Y se añade: «DERIVO PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO»].

- 14 de septiembre de 2022. [«PACIENTE LA CUAL ACUDE POR PRESENTA DESDE HACE TRES AÑOS LESIÓN EN PEZÓN DERECHO EL CUAL INICIA COMO UN PUNTO POCO DOLOROSO Y CON PICOR, HA EVOLUCIONADO TÓRPIDAMENTE AUMENTANDO EL TAMAÑO, ACTUALMENTE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CRECIMIENTO, DOLOR IMPORTANTE AL TACTO SUPERFICIAL O ROCE DE ROPA, PICOR INTENSO. LA EF ENCUENTRO LESIÓN EN PEZÓN INDURADA CON RETRACCIÓN A NIVEL DE PEZÓN DERECHO CON CAMBIO DE COLORACIÓN RETICULADO EN SUPERFICIE DESCAMATIVA EN MITAD LATERAL DE PEZÓN, TUMORACIÓN DE APROX. 1X 2 CMS SUBCUTÁNEA DEBAJO DE LESIÓN COMENTADA, AMBOS DOLOROSOS A PALPACIÓN, GANGLIO A NIVEL AXILAR DERECHO PALPABLE POCO DOLOROSO. MAMA IZQUIERDA APARENTEMENTE NORMAL.

REALIZO ENVÍO DE PACIENTE POR URGENCIAS PARA SU VALORACIÓN DEBIDO A LA SOSPECHA DE LESIÓN MALIGNA, INDICO CITA SUBSECUENTE CONTROL Y ABIERTA EN CASO NECESARIO, COMPRENDE Y CONFORME»].

Debe también anotarse que según el Informe del Servicio de Programas Oncológicos que obra en el expediente, tras expresar o confirmar la existencia de un nódulo y un carcinoma, se indica que la confirmación de la existencia del nódulo de la paciente se produjo mediante la ecografía y no mediante la mamografía, pues por su característica o condición *retroareolar* no era visible en la mamografía.

La cuestión que debe resolverse en el expediente es, entonces, si tal como sostiene la reclamante se produjo un retraso en el diagnóstico pues ni en el primero de los exámenes referidos, ni en los sucesivos, se prescribieron pruebas complementarias de la anamnesis y de la exploración física que confirmaran o descartaran la presencia de signos de patologías cancerosas o neoplásicas.

El diagnóstico -y el tratamiento- de las lesiones que manifestó la paciente y pudieron ver los médicos fueron tratados como padecimientos dermatológicos, tratamientos -además- que habían producido una respuesta parcial positiva y una mejoría parcial, como dice el SIP. Si ello fue ajustado a la *lex artis*, como se sostiene por el SIP y los servicios informantes, no habrá como es obvio responsabilidad alguna.

El Consejo, como quedó dicho en el anterior Dictamen, no pudo formarse un criterio a la vista del expediente que le fue remitido inicialmente, especialmente por dos razones, ambas derivadas del contenido del propio informe primero del SIP, razones a las que el mismo SIP se refiere en su segundo informe. Estas dos razones fueron:

- En primer lugar, la indicación bibliográfica, que condujo a tener conocimiento de que existen alteraciones de la piel que pueden ser confundidas con señales o indicios de un proceso canceroso, y que ello obliga a efectuar un diagnóstico diferencial entre las afecciones de la piel y las señales de cáncer cuando se producen ciertas lesiones en el pezón femenino, que al menos a primera vista -según lo que se puede concluir de la bibliografía indicada- son parecidas a las que manifestó la paciente. Es decir, si ciertas lesiones o anomalías en la piel que pueden no ser solo dermatológicas obligan a un cuidado especial, pues la confusión es posible, la exigencia de esta especial atención a la práctica de ese diagnóstico diferencial debe formar parte de la *lex artis*; y si, en el caso de este expediente, resulta que la lesión o lesiones se mantuvieron durante años sin otra prescripción que la propia de una enfermedad de la piel y sin pruebas complementarias (normalmente de imagen, según la bibliografía), habría podido producirse una demora en la práctica de la actuación correcta y, en términos legales, una pérdida de oportunidad.

- En segundo lugar, la llamativa indicación por el propio SIP -y que el propio SIP enfatiza en su informe- de que en caso de que se estime que ha habido pérdida de oportunidad, el importe de la indemnización habría de ser el que se sugiere en el informe del SIP.

Una y otra razones, unidas al hecho de que -como literalmente dice el servicio competente- la mamografía puede no desvelar ciertos nódulos, y así ocurrió con la reclamante, impedían compartir la conclusión desestimatoria formulada en la primera Propuesta de Resolución sin esclarecer los extremos que el Consejo indicó.

Ahora procede examinar los nuevos informes y razonamientos que han llevado a la segunda PR.

3. Los razonamientos del segundo informe del Servicio de Inspección y su análisis

Expuesta en síntesis, la cuestión que debe resolverse requiere responder a las siguientes preguntas:

- si las manifestaciones que refirió y presentó la paciente desde 2021 hasta 2022 fueron solo afecciones de la piel o si fueron señales iniciales de la presencia de un carcinoma ductal retroareolar, que se le diagnosticó y trató finalmente.

- si tales señales se malinterpretaron o confundieron por los sanitarios que atendieron a la paciente desde mayo de 2021 hasta septiembre de 2022 o si fueron interpretadas correctamente a la luz de la *lex artis ad hoc*.

- si la detección del carcinoma, en caso de que lo hubiera en 2021, en el estado en que se encontrase en esa fecha, hubiera aliviado la patología de la paciente o permitido una intervención menos invasiva.

En el segundo informe del SIP se contienen algunas indicaciones e informaciones que intentan avanzar en la obtención de algunas respuestas a las preguntas anteriores, con el apoyo, además, del Informe del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, pese a lo escueto y lacónico que este resulta y a su carencia de otro soporte argumental que el de las propias manifestaciones de sus firmantes (cuya cualificación no consta si coincide o no con lo que se pidió en nuestro dictamen anterior: oncología y ginecología).

Sin duda este segundo informe del SIP -requerido por nuestro DCC anterior- ayuda a entender lo sucedido, aunque pueda ser dificultoso alcanzar una conclusión.

Así, se hace referencia a la complejidad y dificultad de diagnóstico de la patología de la reclamante, a causa de la que llama «*dispersión temporal*» de sus consultas, a la práctica de la mamografía con resultado «*BIRAD 1*» que significa inexistencia de señales de cáncer, y a la práctica de exploraciones físicas reseñadas en las consultas presenciales, en la que -según la historia y los informes- no se apreciaron señales de un proceso canceroso.

Se afirma también -de modo llamativa y singularmente terminante: *deja claro*, se dice- que el diagnóstico final excluye la enfermedad de Paget:

«El carcinoma ductal es el tipo de cáncer más frecuente, se habla de infiltrante porque ha sobrepasado los conductos mamarios infiltrando el tejido circundante. Este diagnóstico anatomopatológico deja claro que no se trataba de una Enfermedad de Paget, tal como pudo quedar insinuado por la bibliografía aportada en el anterior informe de este Servicio de Inspección y Prestaciones, lo cual se aclara con el presente informe».

Particularmente, sostiene el SIP que los tratamientos y diagnósticos de los servicios de atención primaria fueron ajustados a lo que resultó de las propia consultas:

« (...) las tres valoraciones presenciales previas al inicio de la orientación diagnóstica por sospecha de carcinoma fueron adecuadas a la anamnesis descrita, la exploración física presentada en esos momentos y la evolución clínica de la lesión que según la paciente había presentado mejoría parcial con tratamientos tópicos, lo que orientaba hacia la existencia de una patología dermatológica benigna como primera posibilidad diagnóstica. Los contactos de la paciente con los facultativos de atención primaria fueron escasos y muy espaciados, lo que impidió la creación de una continuidad asistencial que posibilitara la elaboración de una hipótesis diagnóstica diferente en esos momentos».

Todo ello, y el conjunto del segundo informe, disuelve o disipa la posibilidad de atribuir el retraso -en sentido material: la pura demora en el tiempo- del diagnóstico a una falta de cumplimiento de las reglas de la *lex artis ad hoc*, lo que debe expresarse con claridad: así lo hace el Consejo, sin que sea impedimento la persistencia de una especie de incertidumbre residual, derivada de lo expresado en los párrafos anteriores y en nuestro anterior dictamen, que debe ser desechada y apartada a la luz de los razonamientos anteriores y de la transcrita afirmación sobre la *«existencia de una patología dermatológica benigna como primera posibilidad diagnóstica»*.

No cabe duda, decimos, de que a la vista de lo actuado en el expediente resulta obligado concluir que no se constata la infracción de la *lex artis ad hoc*, pues los diagnósticos y tratamientos dermatológicos y no oncológicos resultaban ser los ajustados a lo que percibieron y hallaron los servicios sanitarios.

Si no existe infracción de la *lex artis* no existe responsabilidad, ni por el entero resultado final -como es obvio- ni por la pérdida de la oportunidad de una atención más temprana.

En este punto, además, debe recordarse la legislación y la jurisprudencia, y nuestra propia doctrina, que requieren la identificación del daño que quepa imputar al servicio público, también en los casos de pérdida de oportunidad, y que se exige que el daño no sea meramente hipotético o simplemente posible, sino que tenga un cierto grado de probabilidad cierta. En el caso de este expediente, especialmente claro tras el segundo informe resulta que un diagnóstico más temprano del carcinoma hubiera llevado al mismo tratamiento quirúrgico que se aplicó finalmente, lo que

contribuye a entender que no se ha probado que la que hemos llamado demora material o física agravara la patología o dificultara su abordaje terapéutico.

Como se constata en el expediente, la reclamante padecía un tumor pT1cN1mi (sn); 1x1.1x1cm, márgenes de resección libres, piel de pezón afectada por carcinoma, micrometástasis 1 ganglio linfático. Se trata de un tumor de menor agresividad (grado histológico 1, HER2 negativo), de crecimiento lento (Ki 67 10%), con buena respuesta al tratamiento hormonal (receptores de estrógenos y progesterona positivos) y, por tanto, con una mejor supervivencia a largo plazo.

Asimismo, el informe anatomopatológico de la biopsia de pezón y de la pieza quirúrgica confirmaban la afectación de la piel del pezón, por lo que había indicación de realizar mastectomía en cualquier caso, tal como señalan los informes del Servicio de Ginecología del HUC:

«La localización retroareolar de la neoplasia indicaba mastectomía para extirpar el complejo areola-pezón, con indicación estética de colocar expansor previo a la prótesis definitiva»; y del HUNSC «Si se hubiera diagnosticado el carcinoma de mama al inicio de la sintomatología, el abordaje terapéutico sería el realizado (mastectomía+biopsia selectiva de ganglio centinela+reconstrucción), ya que como consta en su historia clínica, presentaba lesión de localización central y mama pequeña».

Por tanto, en cualquier momento evolutivo de la patología la mastectomía de la mama derecha hubiera sido necesaria para el correcto tratamiento y la reducción de riesgos de recidiva.

En atención al indicado diagnóstico, se instauró como tratamiento la mastectomía de mama derecha con colocación de un expansor, manteniendo seguimiento estrecho por el Servicio de Cirugía Plástica hasta que hubo indicación de recambiar el expansor por una prótesis anatómica. La reclamante fue debidamente informada de las opciones terapéuticas, y aceptó la mastectomía profiláctica de la mama izquierda con colocación de prótesis anatómica. Durante el seguimiento por el Servicio de Cirugía Plástica tras la colocación de prótesis anatómica bilateral se registró en su historia clínica que la evolución había sido muy satisfactoria, según el expediente.

Por todo ello, se considera que la atención prestada a la reclamante no infringió la *lex artis ad hoc* en función de la sintomatología y las evidencias halladas por el SCS en las exploraciones físicas realizadas: fue valorada con exploración física en varias ocasiones sin que las anotaciones de la historia hagan constar o revelen que los

médicos, el enfermero, la matrona y los radiólogos identificaran signos clínicos que obligaran a la sospecha de patología maligna.

En el momento en que aparecieron estos signos fue estudiada y diagnosticada de forma inmediata, ofreciéndosele el tratamiento más adecuado a su caso y del posterior estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se concluyó que se encontraba en un Estadio IB, debido a la presencia de micrometástasis detectada en un ganglio linfático estudiado, un estadio precoz del cáncer de mama, con un pronóstico global favorable, influido además por las características biológicas del propio tumor.

Además de lo anterior, no se ha probado que el hecho de que hasta el 14 de septiembre de 2022 no se detectara la existencia del tumor haya supuesto una modificación del pronóstico ni la agravación del proceso, atendidas las características intrínsecas del propio tumor -de baja agresividad y crecimiento lento- y resulta en el expediente que tal retraso no ha afectado al tratamiento ni a la recuperación de la paciente, y no constan secuelas adicionales a las que se generarían por esta enfermedad en cualquier paciente.

4. La inexistencia de alegaciones o pruebas que contradigan los informes del expediente

Expuesto lo que antecede, hay que añadir que la reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha acreditado la existencia de una inadecuada práctica médica.

Es sabido y ha de recordarse que en casos como el presente, dado el carácter técnico de la cuestión que se plantea, las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como las pruebas periciales médicas, pues es indudable que estamos ante una cuestión eminentemente técnica y que este Organismo consultivo carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse necesariamente en las pruebas periciales que figuren en el expediente administrativo.

En estos casos, venimos obligados a dictaminar con tales medios de prueba, empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica, con el fin de zanjar, en la medida de nuestras posibilidades y facultades, el conflicto planteado.

En definitiva, siendo el presupuesto de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario que se produzca por el médico una infracción de las normas de actuación, precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en

concreto, y valorado el material probatorio obrante en el expediente administrativo, del expediente se concluye que en el presente supuesto desde la primera sospecha clínica de tumoración se realizó un estudio sin demora, siendo diagnosticada la paciente un mes después de carcinoma ductal infiltrante con características biológicas de buen pronóstico, se realizó mastectomía y tratamiento de radioterapia y hormonoterapia y posterior colocación de prótesis anatómica.

Por ello, ha de entenderse que se han puesto a disposición de la reclamante todos los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos a lo largo del proceso, conforme a la sintomatología presentada en cada momento, sin en que pueda imputarse una infracción de la *lex artis ad hoc*.

Es por ello obligado concluir que la falta de prueba de la inadecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* equivale a la inexistencia o *rotura* del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y que, 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.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria de la interesada, se considera conforme a Derecho por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.