

Dictamen nº: **460/12**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **26.07.12**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 26 de julio de 2012, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.P.A.B. y J.F.S.C. sobre responsabilidad patrimonial por retraso en el diagnóstico de un cáncer de mama.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El día 11 de julio de 2012 tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen firmada por el consejero de Sanidad el día 29 de junio de 2012, referida al expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 434/12, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección I, cuyo presidente, el Excmo. Sr. Don Jesús Galera Sanz, firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por la Comisión

Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 26 de julio de 2012.

**SEGUNDO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial remitido tiene su origen en la reclamación formulada por M.P.A.B. y J.F.S.C., bajo la dirección del abogado C.S.G., registrada de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 20 de mayo de 2011 (folios 1 a 39 del expediente).

Los reclamantes señalan que son pareja desde el año 1992 y conviven de forma estable desde el año 2006. Relatan que M.P.A.B. acudió el 1 de abril de 2009 al Centro de Salud Prosperidad tras detectarse un bulto de consistencia dura en la mama izquierda, que fue confirmado en la exploración física. Se prescribió con carácter preferente una ecografía mamaria que se realizó en el Hospital Universitario Santa Cristina el 15 de abril 2009.

Según los reclamantes la ecografía puso de manifiesto la presencia de un nódulo de 9 milímetros a nivel de cuadrante superointerno de la mama izquierda, así como diversos quistes que el ecógrafo consideró “*benignos*” al igual que su doctora de cabecera en el Centro de Salud.

Continuando con el relato fáctico, los reclamantes señalan que el día 21 de agosto de 2009, la paciente regresó a consulta de la doctora de cabecera por presentar aumento significativo del tamaño del nódulo y molestias en la piel de la mama izquierda. El 3 de septiembre de 2009 se le practicaron en el Hospital Universitario Santa Cristina mamografía y ecografía complementaria que objetivaron que el nódulo mamario había aumentado de tamaño con respecto a la ecografía realizada 4 meses antes y que dicho nódulo era sugestivo de malignidad. El 7 de septiembre de 2009 fue sometida a PAAF y biopsia del nódulo de mayor tamaño, confirmando ambas pruebas que la paciente padecía un “*Carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado, grado 3, score 3+2+2=7*”. Posteriormente

el 17 de septiembre de 2009 se le realizaron ecografía de mama y RMN en el Hospital Universitario de La Princesa en las que se objetivó un “*Carcinoma multicéntrico en cuadrantes superiores de mama izquierda con adenopatías axilares con infiltración neoplásica, con extensión a piel y espículas que llegan al músculo pectoral*”.

Según los reclamantes la paciente se sometió a distintas pruebas los días 21, 23 y 30 de octubre y 10 de noviembre de 2009 en el Hospital de La Princesa objetivándose que M.P.A.B. tenía en ambos lóbulos del hígado múltiples LOES, alguna incluso de 3 centímetros, sospechosas de metástasis hepáticas de carcinoma de mama. El Servicio de Oncología desestimó la intervención quirúrgica, optando por un tratamiento paliativo de quimioterapia e inmunoterapia. Refieren que la paciente el día 27 de octubre, tras la colocación del catéter desarrolló un neumotórax iatrogénico lo que retrasó el inicio de la quimioterapia hasta el 10 de noviembre de 2009.

Los reclamantes señalan que el 18 de abril de 2011 la realización de un TAC abdominal puso de manifiesto un incremento de las lesiones en el hígado. Refieren que el pronóstico es infausto, sin que sea previsible su recuperación. Según los reclamantes a los devastadores efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia e inmunoterapia y los episodios de TVP en el brazo derecho, que han precisado multitud de asistencias de urgencias y un peregrinaje prácticamente semanal al Centro Hospitalario para recibir tratamiento y someterse a dolorosas e invasivas pruebas diagnósticas, deben sumarse los de carácter psicológico, además de que la paciente no podrá concebir, frustrándose así el deseo de los reclamantes de ser padres.

En definitiva, según los reclamantes, a la vista de los hallazgos de la ecografía mamaria realizada en el mes de abril de 2009 y de los antecedentes oncológicos existentes en su familia directa, el personal sanitario implicado en la asistencia de la paciente debió realizar pruebas

diagnósticas de forma temprana que permitieran el diagnóstico precoz y certero de la patología que efectivamente le aquejaba, lo que le privó de recibir un tratamiento temprano y certero para combatir la enfermedad, por lo que en su opinión existe “*una clara e irrefutable*” pérdida de oportunidad.

En virtud de lo expuesto solicitan que se indemnice a M.P.A.B. y J.F.S.C. en la cantidad de 360.000 euros

**TERCERO.-** Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se acuerda el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en el título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente remitida desde el Hospital Universitario Santa Cristina, el Hospital Universitario de La Princesa y el Centro de Salud Prosperidad (folios 82 a 246).

Consta igualmente el informe de 27 de septiembre de 2011 del médico de familia del Centro de Salud Prosperidad implicado en el proceso asistencial de la reclamante (folio 247 del expediente) y el informe de 28 de octubre de 2011 del médico que atendió a la paciente en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Santa Cristina (folio 248 del expediente). La emisión de dichos informes se incardina en la previsión contenida en el artículo 10.1 del RPRP. También se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria (folios 255 a 261 del expediente).

Concluida la instrucción del expediente, se dio trámite de audiencia a los reclamantes el 8 de mayo de 2012 (folios 263 a 265 del expediente), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y 11 del RRP. No consta en el expediente que se formularan alegaciones en cumplimiento del referido trámite.

Finalmente, por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria –por delegación en la secretaría general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 26/2010, de 28 de julio– se dictó propuesta de resolución en fecha 18 de junio de 2012, en la que se desestima la reclamación al no concurrir el requisito de la antijuricidad del daño.

**CUARTO.-** Del examen de la historia clínica de la paciente y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos, que se consideran de interés para la emisión del dictamen, admitiéndose en lo sustancial los consignados en la propuesta de resolución:

La paciente, de 34 años de edad en el momento de los hechos, acudió el día 1 de abril de 2009 a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Prosperidad por haberse palpado un bulto en el pecho desde hacía 8 días, no doloroso, sin secreción por el pezón y sin signos inflamatorios asociados. En la exploración física se apreció una lesión de menos de 1 cm., móvil, de consistencia dura y sin que se palpasen adenopatías axilares asociadas.

La reclamante fue remitida para la práctica de una ecografía de mama al Hospital Santa Cristina. El 15 de abril de 2009 se realiza la ecografía en cuyo informe consta lo siguiente:

*“La relación de tejido fibroglandular adiposo es adecuada para la edad de la paciente. Pequeños quistes simples a nivel de mama izquierda. Pequeña imagen nodular de aspecto benigno de unos 9*

*mm. a nivel de cuadrante superointerno de mama izquierda.*  
*Conclusión: Pequeño nódulo benigno en mama izquierda”.*

Este informe fue trasladado a la historia de Atención Primaria el día 6 de mayo de 2009, donde consta como anotación de ese día: “*ECO: Pequeño quiste benigno en mama izquierda (9 mm)*”.

El día 21 de agosto de 2009 M.P.A.B. vuelve a la consulta de su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud Prosperidad. Se anota que la paciente refiere crecimiento del nódulo mamario. En la exploración física se apreció un nódulo indurado de 2 cm. con cambio de coloración en la superficie cutánea. La paciente negó haber manipulado la zona. Se solicita una ecografía con carácter preferente.

El 3 de septiembre de 2009 en el Hospital Santa Cristina se realiza a la paciente mamografía bilateral en la que se aprecian “*en mama izquierda varias imágenes nodulares, con distorsión la de mayor tamaño en cuadrante superoexterno, con microcalcificaciones heterogéneas asociadas, sospechosas*”. Ante los resultados se practican nuevas pruebas. Así se realizó una ecografía complementaria en la que se apreció nódulo con sombra acústica posterior, heterogénea, de unos 22 x 19 mm. en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda con probable afectación a piel así como otro nódulo mal definido de aproximadamente 11 mm, en cuadrante superointerno, hacia las 11 horas, y adenopatías axilares izquierdas patológicas. También se realizó BAG (Biopsia con Aguja Gruesa) con el resultado de “*compatible con carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado grado II*” que se completó con un estudio histoquímico. Se realizó, asimismo, una PAAF (punción-aspiración) del nódulo del cuadrante superointerno de la mama izquierda, cuyo resultado fue de positividad para malignidad, sugestivo de carcinoma de mama.

Algunas de las pruebas complementarias se llevaron a cabo en el Hospital de La Princesa. Así, se realizó una nueva ecografía de mama en fecha 17 de septiembre de 2009 en la que se apreció:

*“... Nódulo sólido Irregular, de márgenes mal definidos de 3 cm. De diámetro en cuadrante superior externo de mama izquierda en relación con carcinoma. Nódulo hipoecogénico de márgenes mal definidos de 1 cm. En cuadrante superior interno de mama izquierda, sospechoso de malignidad...”.*

Por último, se practicó una resonancia magnética en el mismo hospital y la misma fecha, cuya conclusión fue *“Carcinoma multicéntrico en cuadrantes superiores de mama izquierda... con adenopatías axilares izquierdas con infiltración neoplásica, extensión a piel y espículas que llegan hasta el músculo pectoral”*.

A la vista de todos los datos anteriores, y tras sesión del Comité de Tumores la paciente fue remitida para su tratamiento al Hospital de La Princesa en fecha 8 de octubre de 2009.

El 10 de noviembre de 2009 inicia tratamiento de quimioterapia. Tras el tratamiento RMN de mamas muestra reducción del volumen tumoral en un 80% y desaparición de la adenopatía axilar izquierda. Realizada TAC de abdomen se aprecian múltiples metástasis en hígado con clara reducción de las mismas. Se decide continuar tratamiento con herceptin.

En abril de 2010 presenta TVP en subclavia derecha (asociada a CVC) que es controlada mediante eco doppler el 18 de mayo de 2010, no identificándose signos de trombosis en ese momento.

En agosto de 2010 se añade al tratamiento zoladex mensual por presentar menstruación.

Se realiza RMN de mamas en noviembre de 2010 que muestra restos tumorales multicéntricos en todos los cuadrantes de mama izquierda, que han disminuido respecto a control previo. En eco doppler de miembro superior derecho en esa misma fecha no se aprecian signos de TVP aguda o crónica en vena subclavia derecha.

En informe de 27 de diciembre de 2010 del Servicio de Oncología del Hospital Universitario de La Princesa se indica que la paciente debe continuar el tratamiento por tiempo no definido y que “*se encuentra incapacitada para la realización de cualquier actividad laboral y no es previsible su recuperación*”.

A los hechos anteriores, les son de aplicación las siguientes

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de “*Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada*”.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por los reclamantes en 360.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido recabado de órgano legitimado para ello –el consejero de Sanidad–, a tenor del artículo 14.1 de la misma Ley.

**SEGUNDA.-** En el caso que nos ocupa, no cabe duda de que M.P.A.B. ostenta la condición de interesada, al ser quien recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche. Ahora bien, la reclamación patrimonial fue interpuesta también por J.F.S.C., quien dice ser pareja de la paciente desde el año 1992 y convivir con ella de forma estable desde el año 2006, acreditando dicha circunstancia mediante certificado de empadronamiento. De hecho el escrito de reclamación aparece firmado por ambos y se solicita la indemnización para los dos, por lo que debe considerarse que la reclamación se interpone por cada uno, actuando en su propio nombre y derecho.

La cuestión tiene importancia en cuanto a la legitimación para promover la reclamación. Evidentemente por lo que atañe a los daños personales (físicos) de M.P.A.B. la reclamación sólo puede ser interpuesta por la afectada por la concreta asistencia sanitaria cuestionada. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de 6 de julio de 2009 señala que “*el cónyuge de la paciente...no puede instar para sí indemnización alguna por daños corporales sufridos por otra persona*”. Sin embargo también en la reclamación se alude a los daños morales de la pareja y a la frustración de su deseo de ser padres, ya que M.P.A.B. no podrá concebir. Respecto a esos concretos daños entendemos que J.F.S.C. sí está legitimado para reclamar, como ya hemos reconocido en otras ocasiones, así en el Dictamen 649/11, de 2 de noviembre. En este sentido también se manifiesta la precitada Sentencia de 6 de julio de 2009 cuando indica que “*la legitimación activa del recurrente, ha de quedar reducida ésta a la solicitud de indemnización por daños morales, que debieran reducirse a la imposibilidad de tener más descendencia*”.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará “*desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil («*actioni nondum natae, non presribitur*»).

En este caso, la reclamación objeto del presente procedimiento fue presentada el 20 de mayo de 2011 por un supuesto retraso en el diagnóstico de un cáncer de mama que se objetivó el día 17 de septiembre de 2009 tras la realización de múltiples pruebas a la reclamante y que le obligó a someterse a un tratamiento de quimioterapia que todavía continuaba a la fecha de su reclamación, por lo que cabe considerar que la reclamación se ha formulado en plazo legal.

**TERCERA.-** En la tramitación del procedimiento, se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

A este procedimiento se encuentran sujetas, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC (en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero) y la disposición adicional primera del RPRP, las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos afectados, cuya preceptividad resulta del artículo 10.1 del RPRP. Igualmente se ha recabado y evacuado el informe de la Inspección Sanitaria.

Asimismo, se ha dado trámite de audiencia a los reclamantes, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**CUARTA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución Española, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

Además, en materia de daños causados como consecuencia de la prestación de asistencia sanitaria, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) que “*a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el*

*paciente*”, por lo que no cabe apreciar responsabilidad sólo por la producción de un resultado dañoso, debiendo éste reunir además la condición de antijurídico.

**QUINTA.-** En el presente caso, los reclamantes dirigen su reproche a la Administración Sanitaria, concretamente a la médico de Atención Primaria que asistió a la paciente en el Centro de Salud Prosperidad y al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Infanta Cristina, a los que imputa un error en el diagnóstico de la patología que padece (cáncer de mama) que después fue detectada tras la realización de distintas pruebas en el citado hospital. Como consecuencia de la no detección inicial de su patología y la no realización de las pruebas, a su juicio, determinantes, los reclamantes culpan a los servicios médicos de una “*clara e irrefutable pérdida de oportunidad*”. Por tanto, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, bien por la falta de realización de pruebas y utilización de recursos o bien por ser los médicos que atendieron a la reclamante incapaces de llegar al diagnóstico acertado con las pruebas practicadas. La determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad, y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del reclamante valoraron adecuadamente los síntomas y resultados de las pruebas realizadas, se convierte en la cuestión central a examinar.

Con relación a la pérdida de oportunidad, recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010, lo siguiente:

*“Esta privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de “pérdida de oportunidad” ... se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización, por la totalidad del daño sufrido, pero sí*

*para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias”.*

En cuanto a los presupuestos para la aplicación de esta doctrina, el Tribunal Supremo, así en la Sentencia de 13 de julio de 2005, como en la de 12 de julio de 2007, expresa que “*para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios*”.

En el caso que analizamos, resulta de la historia clínica que cuando la reclamante acude a su médico de cabecera el día 1 de abril de 2009, tras haber notado un bulto en el pecho, se pauta la realización de una ecografía que es practicada el día 15 de abril de 2009 en el Hospital Santa Cristina e informada como “*pequeño nódulo benigno en mama izquierda*” de unos 9 mm a nivel de cuadrante superointerno. Este mismo diagnóstico es el emitido por la médica de cabecera en la consulta evacuada para el examen del citado informe. Resulta de la documentación clínica que unos meses después, la paciente acude de nuevo a su médico de cabecera por haber notado un aumento del nódulo mamario. En ese momento se realiza una mamografía que evidencia un nódulo de unos 22 x19 mm en el cuadrante superoexterno y un nódulo mal definido de aproximadamente 11 mm en cuadrante superointerno. Tras la realización de pruebas complementarias se

concluye con el diagnóstico de “*Cáncer multicéntrico en cuadrantes superiores de mama izquierda... con adenopatías axilares izquierdas con infiltración neoplásica, extensión a piel y espículas que llegan hasta el músculo pectoral*”.

Así las cosas, la cuestión se centra en determinar si como reprochan los reclamantes hubo un error en la interpretación de la ecografía practicada el día 15 de abril de 2009 o si a la luz de la misma se hacía precisa la práctica de otras pruebas complementarias. En este punto resulta relevante el informe emitido por la Inspección Sanitaria.

Respecto a la cuestión de si la ecografía fue adecuadamente interpretada, el citado informe pone de manifiesto haber solicitado la colaboración de un especialista en Radiodiagnóstico para que evaluará las imágenes tomadas de la ecografía del día 15 de abril de 2009. El dictamen del referido especialista, que obra en el expediente, señala lo siguiente:

*“Únicamente estudio los seis cortes que se me presentan, tres de mama derecha y otros tantos de la izquierda. Arecio en el cuadrante superointerno de la mama izquierda una imagen hipoecoica, homogénea, de bordes bien definidos, con una medida de 9 mm. de diámetro que por sus características, podría corresponder con fibroadenoma, sin descartarse otras posibilidades por lo que aconsejaría completar estudio mamográfico”.*

En relación con el citado dictamen, la Inspección Sanitaria en primer lugar aclara que las ecografías, son pruebas dinámicas de modo que el diagnóstico ecográfico no se basa únicamente en las imágenes fijadas, sino en la totalidad del estudio dinámico, por lo que un ecografista no puede decidir por completo si otro ha hecho un diagnóstico correcto o incorrecto basándose únicamente en las imágenes capturadas. Hecha esta aclaración el informe de la Inspección señala que del dictamen del especialista se deduce que de la ecografía practicada el día 15 de abril de 2009 no se inferían

signos de malignidad. Esta afirmación, en su opinión, resulta confirmada por la ecografía del día 3 de septiembre de 2009, que se informa como “*nódulo con sombra acústica posterior, heterogénea, de unos 22 x 19 mm, en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda con probable afectación a piel así como otro nódulo mal definido de aproximadamente 11 mm. en cuadrante superointerno, a las 11 horas*”. Según la Inspección Sanitaria esta última ecografía demuestra que el nódulo estudiado en el cuadrante superointerno no contenía signos de malignidad y que por tanto la ecografía fue bien interpretada.

No obstante, respecto a la última frase del ecografista consultado relativa a que “*aconsejaría completar estudio mamográfico*”, la Inspección Sanitaria responde a la cuestión de si en el caso de la paciente hubiera sido conveniente realizar una mamografía complementaria, tal y como el dictamen sugiere. En este punto, el informe de la Inspección Sanitaria señala cuando está indicada la realización de una mamografía precisando lo siguiente:

“*La mamografía está indicada en mujeres a partir de los 40 años, con carácter anual o bianual, o bien en mujeres menores de 40 años si tienen un riesgo incrementado. Se considera que existe un riesgo incrementado en cualquiera de estas situaciones:*

- *Antecedentes personales de cáncer de mama.*
- *Antecedentes de cáncer de mama en madre, hermana o hija, y aún más si se detectó antes de los 50 años.*
- *Menarquia antes de los 12 años o menopausia después de los 56 años.*
- *Alteraciones genéticas como BRCA1 ó BRCA2.*
- *Densidad incrementada de la mama.*

- *Terapia hormonal mantenida para tratamiento de la menopausia.*
- *Tratamientos con radioterapia en mamas antes de los 30 años de edad.*
- *Consumo de alcohol, en relación directa: mayor consumo, mayor riesgo”.*

En el caso de la paciente que ahora analizamos, resulta que tenía 34 años de edad y los siguientes antecedentes familiares de enfermedades malignas: hermano con linfoma, tía con cáncer de mama, tío con cáncer de esófago, tío con cáncer de piel, abuela con cáncer de colon y prima con leucemia. En opinión de la Inspección Sanitaria, M.P.A.B. “*no cumplía ninguno de los criterios para la realización de una mamografía adicional, en ausencia de signos de malignidad en la ecografía*”.

Por todo ello, la Inspección Sanitaria considera que la ecografía del día 15 de abril de 2009 fue bien interpretada pues “*el nódulo estudiado, en el cuadrante superointerno no contenía signos de malignidad*” y que además la paciente no cumplía criterios para la realización de otras pruebas de detección del cáncer de mama. De esta manera concluye que “*no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada o negligente*”.

En el presente caso la reclamante no aporta ningún informe médico de signo contrario que sirva para apoyar el reproche que dirige a la Administración Sanitaria, como debería haber hecho en aplicación de las reglas generales sobre distribución de la carga de la prueba. Por ello, a falta de otros informes médicos, hemos de dar por buenas las conclusiones que se recogen en el informe de la Inspección Sanitaria. Por lo tanto, a la luz del precitado informe que no ha sido contradicho por prueba alguna aportada por los reclamantes, podemos concluir que las actuaciones médicas se

adecuaron en todo caso a la *lex artis*, de forma que el desgraciado proceso cancerígeno que ha sufrido la reclamante, no puede considerarse consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario. Entendemos que en el presente caso el servicio médico actuó aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a su disposición, teniendo en cuenta las circunstancias de la paciente en el momento que fue atendida en abril de 2009.

En definitiva, habiéndose observado la *lex artis ad hoc* por parte de los profesionales sanitarios que atendieron a la reclamante, procede desestimar la reclamación indemnizatoria presentada.

A la vista de todo lo anterior, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada debe ser desestimada al no haber habido infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 26 de julio de 2012