



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 473/2022

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 5 de diciembre de 2022.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 dependiente del Servicio Canario de la Salud (EXP. 433/2022 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. Mediante oficio de 26 de octubre de 2022 (con registro de entrada en este Organismo el mismo día), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante solicita ser indemnizada con la cantidad que asciende a 357.558,97 euros; *quantum* que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

4. En lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante ostenta la condición de interesada en el procedimiento puesto que alega haber sufrido una deficiente asistencia sanitaria por parte del SCS (art. 4.1, letra a) de la LPACAP, en relación con el art. 32 de la LRJSP).

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, 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; y 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.

## II

1. En el escrito de reclamación de fecha 6 de julio de 2021, la afectada alega los siguientes hechos lesivos con base en la asistencia sanitaria recibida:

*« (...) El 9 de septiembre de 2012 ingreso en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) para dar a luz a mi segunda hija. El parto se realizó con epidural y transcurrió sin complicaciones, pero al poco tiempo empiezo a presentar síntomas de enfermedad, llegando a tener síntomas similares a los de una gripe con una astenia tan severa que ni siquiera era capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por mí misma y teniendo que ser asistida en todo momento por el padre de la recién nacida.*

*Segundo.- Dada la evolución que estaba sufriendo, acudo a mi médico de atención primaria (MAP) del Centro de Salud de La Vera quien, tras hacerme unas analíticas, señala que todo está bien. Yo le traslado que mis molestias tienen un elevado componente físico que me encuentro mal y me duele todo y que sufro una especie de gripe, pero mi MAP me dice que la sintomatología que presento se debe a una depresión postparto.*

Tercero.- El 6 de abril de 2013 acudo a Urgencias al sufrir hipoestesia facial en el lado izquierdo que abarcaba toda la parte izquierda de la cara y del interior de la boca y se extendía desde el mentón hasta el territorio hemicraneal izquierdo, hipoestesia que venía acompañada de "quemor" y "dentera", tras explorarme me diagnostican parálisis de Bell, siendo derivada a mi MAP que me pauta vitaminas y corticoides con pauta descendente durante 6 días, pero no noté mejoría alguna.

Cuarto.- El 16 de abril de 2013 acudo al Hospital (...) derivada desde el SCS para realizarme una ligadura de trompas. El anestesista, tras verme, se niega a que me operen y me pide que le traslade a mi MAP esta frase literal: "si una parte del cuerpo no se siente es que hay un daño neurológico", posponiendo la intervención hasta el 7 de mayo, pero solo si remitía el cuadro clínico

Quinto.- Tras acudir a mi MAP y trasladarle lo anterior, se queda sorprendida de que aún no tenga sensibilidad en la cabeza y me deriva al Centro Ambulatorio de Especialidades del Puerto de La Cruz (CAEPC). Allí el Neurólogo me dice que lo que sufro no es una parálisis de Bell sino que puede tratarse de una patología autoinmune, por lo que me derivan al HUC.

Sexto.- El 18 de abril de 2013, tras observarme en las Urgencias del HUC, soy ingresada inmediatamente en el Servicio de Neurología, allí me realizan diferentes pruebas en las que observan entre otros afectación a nivel del núcleo espinal del trigémino. Además, establecen como juicio diagnóstico:

-Lesión en vertiente lateral izquierda de protuberancia y pedúnculo cerebeloso izquierda con leve captación de contraste de posible etiología desmielinizante, a estudio.

-Cervicoartrosis incipiente en los espacios C5-C6 y C6-C7.

-Osteofitos anteriores en los espacios D7-D8, D8-D9 y D9-D10.

-Lumboartrosis incipiente en los espacios L.3-IA y L.5-SI.

Curso alta el 3 de mayo de 2013 con tratamiento de prednisona en pauta descendente y omeprazol, abstención de fumar, ejercicio moderado y dieta.

Séptimo.- El tratamiento con corticoides me quitó buena parte de la sintomatología que presentaba permitiéndome realizar ABVD que llevaba meses sin poder llevar a cabo, pero cuando el tratamiento cesó volví a presentar los mismos dolores musculares, la gripe constante y simplemente se produjo mejora en la hipoestesia.

Por otro lado, la posibilidad de sufrir una enfermedad desmielinizante supuso un duro golpe para mí, pues tenía dos hijas pequeñas y el trastorno que podía causar en mi calidad de vida era muy elevado. Tanto es así que llegué a acudir a un centro de esclerosis múltiple para conocer de primera mano la enfermedad y la posible evolución que podía sufrir, con el coste psicológico que ello supone.

Otro de los diagnósticos que plantearon es el de sarcoidosis, diagnóstico que dicen haber descartado en su momento, pero para el que no siguen el proceso de diagnóstico para la patología y que me habría ahorrado muchos males.

Octavo.- El 20 de junio me realizan resonancia magnética (RM) en la que observan reducción de tamaño y de la intensidad de señal "</ en flair" de la lesión en el pedúnculo cerebeloso izquierdo no siendo ya demostrable en secuencia "T2, Gd-".

Asimismo, en la consulta de Neurología de 3 de julio de 2013 traslado que, aunque el proceso hipoestésico está remitiendo, presento herpes de repetición, cuadros catarrales, febrícula y dolores musculares, entre otros, así como dolor ocular intenso y en ocasiones occipital pulsátil que empeora con el movimiento y se va generalizando. Molestias que había presentado en alguna ocasión, pero con menor intensidad y nunca fueron acompañadas de síntomas vegetativos. Establece como juicio diagnóstico lesión en pedúnculo cerebeloso izquierdo en estudio y migrañas, además me pauta tratamiento profiláctico con magnesio.

Noveno.- Realizo seguimiento por Neurología realizando pruebas cuyo resultado está dentro de la normalidad, con RM de 5 de noviembre en el que observan discreto ensanchamiento global de los discos C5-C6 y C6-C7. En la consulta de Neurología de 13 de noviembre de 2013 refiero alteraciones sensoriales que a veces se superponen en la cabeza y ráfagas de punzadas en la nariz. Además, le traslado que cualquier sobreesfuerzo me hace estar 2 o 3 días recuperándome. También refiero que tomo entre 2 y 5 analgin/ibuprofenos por estos síntomas.

Por esto y ante la presencia de herpes de repetición, conjuntivitis, sobreinfecciones por hongos y gripes recurrentes pese a tomar suplementación de vitamina C, decide derivarme al Servicio de Hematología por la sospecha diagnóstica de inmunodeficiencia, pero mantiene el anterior juicio diagnóstico.

Décimo.- En la consulta de Hematología el 29 de enero de 2014 y con los resultados del estudio realizado, señalan que no hay datos de enfermedad hematológica, pero que para una valoración más concreta debía ser remitida a la especialidad correspondiente, cursando alta en el Servicio de Hematología para posteriormente ser derivada al de Medicina Interna y al de Reumatología.

Asimismo, el 17 de febrero de 2014 tengo que acudir a mi MAP por fuertes jaquecas y migrañas.

Undécimo.- En la consulta de Reumatología descartan conectivopatía, mantienen seguimiento por enzima convertora de la angiotensina alterada de forma puntual; e interpretan mis síntomas como síndrome miofascial generalizado, pautándome amitriptilina que no me causa mejoría alguna

*En Medicina Interna me realizan un estudio de inmunodeficiencias que resulta negativo, cursando alta el 27 de octubre de 2014 con juicio diagnóstico de enfermedad desmielinizante y enfermedad miofascial.*

*Por otro lado, en el Servicio de Neurología aprecia células inflamatorias linfomonoplasmocitarias en el líquido cefalorraquídeo.*

*Duodécimo.- El 8 de abril de 2015 me realizan RM craneal y cervical en la que señalan ectopia amigdalara, que no existen datos de enfermedad desmielinizante, así como cervicartrosis incipiente en los espacios C5-C6 y C6-C7. En la consulta de Neurología le traslado mi preocupación porque el mal estado que presento se tiene que deber a algo más que a una somatización del estado emocional.*

*El 17 de febrero de 2016 me realizan electromiograma (EMG) que da resultado normal. Y el 24 de febrero de 2016 acudo a la consulta de Neurología donde me trasladan este resultado. En dicha consulta establecen como juicio diagnóstico: lesión en pedúnculo cerebeloso izquierdo resuelto sin filiar, migrañas, así como fatiga crónica y contractura muscular.*

*Asimismo, en comentarios señalan que se han descartado de forma exhaustiva causas que justifiquen la fatiga y la frecuencia de procesos infecciosos con mala respuesta inmunológica a pesar de síntesis de inmunoglobulinas M y G. También recogen que se continuará seguimiento por Reumatología por si se va perfilando el cuadro desde el punto de vista conectivo. Recomendando continuar con benzodiazepinas por su efecto ansiolítico y relajante muscular. Solicitando estudio ecográfico muscular.*

*Decimotercero.- Por otro lado, en la consulta de mi MAP en noviembre de 2015 acudo por un malestar que me está afectando al ánimo y que mi Dra. califica como trastorno adaptativo, en diciembre de ese mismo año acudo con sintomatología similar que achaca a un síndrome de ansiedad y posteriormente abuso de tabaco.*

*Asimismo, el 15 de abril de 2016 mi MAP refleja un estado de ansiedad no especificado, el 20 de junio de 2017 desequilibrio nutricional por ingesta superior a las necesidades (que dada mi movilidad y malestar permanente no eran muy altas), y el 14 de diciembre de 2017 me diagnostica obesidad en grado II.*

*Decimocuarto.- A su vez, el 8 de marzo de 2017 curso alta del Servicio de Neurología y nuevamente señalan que "se ha descartado de forma exhaustiva causas que justifiquen la fatiga y la frecuencia de procesos infecciosos", así como continuar con las benzodiazepinas. Como diagnóstico principal establecen: lesión desmielinizante evanescente.*

*Decimoquinto.- El Servicio de Hematología me realiza nuevo estudio de inmunodeficiencia. En el informe señalan que presento múltiples infecciones de repetición tras el embarazo de mi segunda hija y que he sido estudiada por Medicina interna por el*

mismo motivo. Señalan que también estoy estudiada por Reumatología por sospecha de fibromialgia. Tras el estudio descartan patología hematológica cursando alta el 21 de septiembre de 2017, con recomendación de seguimiento por mi MAP.

Decimosexto.- Por otro lado, durante el 2017 tengo que acudir al menos dos veces a las Urgencias del HUC en agosto por dolor abdominal y en diciembre por fuerte dolor lumbar tras lo que le trasladan a mi MAP que me deriven a rehabilitación.

Decimoséptimo.- A lo largo del 2018 acudo en varias ocasiones a mi MAP por dolor agudo y varias molestias como las que venía presentando desde hace más de 5 años. En octubre de 2018 presento cervicalgia y lumbago y en diciembre padezco rinitis alérgica por inhalación.

Decimooctavo.- En 2019 obesidad de Grado III (Mórbida) y mi MAP achaca todos mis dolores y problemas musculares a la misma, pese a que le traslado que los dolores no solo se reducen a los MMII que serían los que están soportando el sobrepeso que presento. Asimismo, aduce el resto de mis patologías a un síndrome ansioso-depresivo que es lo que según su criterio me estaría limitando, cortándome siempre que le intento explicar que tengo un patología física real.

Otros diagnósticos y cuadros que presento a lo largo de ese año son problemas de glucemia (GBA), artrosis, fibromialgia, dolores musculares, migrañas o síntomas de ansiedad.

Decimonoveno.- Durante el 2020 el cuadro que presento y las constantes molestias continúan, así como las recurrentes patologías e infecciones. Empiezo el año con lumbociática continuando con infección respiratoria de las vías altas, infecciones de orina recurrentes, candidiasis vulvar y vaginal, crisis achacadas a una fibromialgia, disestesia, disconfort, un flemón dental y finalmente, un pólipo mucoso de cérvix del que he tenido que ser intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones (19-11-2020 y 03-06-2021).

Vigésimo.- Dado el cuadro sintomático persistente y las posibles implicaciones nerviosas soy nuevamente remitida al Servicio de Neurología. En la consulta de 6 de octubre de 2020 les traslado los problemas sensoriales y de fuerza que estoy presentando en mis extremidades y la afectación que está teniendo en mi vida diaria causándome caídas y molestias recurrentes, el mal cuerpo constante y la fatiga que hay días que me deja totalmente impedida, así como grandes dificultades para el descanso. El 18 de diciembre me realizan RM cerebral y medular en la que se observa posible lesión focal desmielinizante en el aspecto lateral derecho del bulbo raquídeo GD+.

Vigesimoprimer.- Los primeros días tengo que volver a mi MAP por neuralgia del trigémino al poco tiempo sinusitis aguda, luego por nistagmo, hipoestesia, un problema neurosensitivo en la pierna que diagnostica como un esguince de tobillo.

Vigesimosegundo.- Por otro lado, acudo a la consulta de Neurología el 22 de enero de 2021 con la misma sintomatología y la especialista decide hacerme toda una serie de pruebas para intentar descubrir el origen de los síntomas de largo recorrido que vengo presentando,

*en ese momento solicita nuevas analíticas y observando los que se me han venido haciendo, decide incluir algunos que no se me realizaron en su momento.*

*Vigesimotercero.- El 23 de abril de 2021 acudo nuevamente a la consulta de Neurología, para conocer el resultado de los estudios, acudo ayudada por la muleta a la que he tenido que recurrir en los últimos años. Allí la Dra. me traslada que han descubierto el origen de mis problemas, se trataría de una tuberculosis con la que llevaría conviviendo 8 años y medio.*

*Tras esto me explica que tengo que tomar un tratamiento muy serio durante 6 meses y que con eso me curaría. Pero al preguntarle si voy a recuperar mi estado anterior me dice que no, que los daños que presento son permanentes y que en una RM no se puede apreciar la magnitud de las lesiones, que la forma para conocer la totalidad de los daños producto de la infección y de su prolongada presencia serían en una autopsia post mortem.*

*Vigesimocuarto.- De todo lo anterior se observa un actuar negligente en todo el proceso asistencial que me ha supuesto una serie de perjuicios a todos los niveles y que me ha privado de recibir un tratamiento y una atención médica adecuada. Daños que se podrían haber evitado tomando las medidas adecuadas para evitar la infección o evitando una pérdida de oportunidad de más de ocho años y medio con el diagnóstico de una enfermedad infecciosa que además tenía origen intrahospitalario. Por esta sucesión de hechos y sus daños consecutivos deberá responder esta Administración tal como se verá a continuación (...) ».*

2. Mediante Resolución de 15 de julio de 2021, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

3. En la misma fecha se solicita del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (en adelante, SIP) el informe oportuno, en particular, en atención al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión.

4. Con fecha 22 de septiembre de 2022, consta registrado el informe del SIP, referido a la asistencia sanitaria que le fue prestada a la paciente, adjuntando los informes médicos preceptivos (art. 81.1 LPACAP). Después de un minuciosa descripción del proceso de la enfermedad padecida por la reclamante, siguiendo los diversos informes previos, se concluye:

*« (...) 1.- La infección latente por tuberculosis es una patología asintomática e intransmisible que persiste en algunos individuos después de estar en contacto con el bacilo. Esto es, se trata de una persona que en determinado momento se contagió de tuberculosis,*

pero las defensas de su organismo la protegieron, es alguien que tiene la infección, pero no está enferma.

2.- El Síndrome neurológico que presenta la reclamante, con imágenes por resonancia magnética que mostraron daño similar al de la Esclerosis Múltiple en áreas específicas y sus manifestaciones clínicas no guarda relación alguna con la infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

3.- Los cuadros catarrales, dolores articulares, dolores lumbares, dolor en miembro inferior derecho, mialgias, herpes labial, candidiasis vaginal, astenia, cefaleas, infecciones de orina, etc, existían con carácter previo a la estancia hospitalaria 9 y el 12 de septiembre de 2012.

4.- Se emite informe desfavorable (...) ».

5. En relación a los informes médicos preceptivos, el informe del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia (página 39 y 40 del expediente), indica:

« (...) Se trata de una paciente con embarazo de curso fisiológico que en la semana 40.5 acude al Servicio de Urgencias Obstétricas por rotura de bolsa amniótica. En ese momento se constata que el líquido amniótico es claro, la FCF normal y no es portadora del SGB por lo que se decide evolución espontánea.

Posteriormente se pasa a un paritorio y tras administrarse analgesia epidural y oxitocina se asiste finalmente al nacimiento de un RN sano de 4180 gramos y Apgar 9/9 . Se traslada a planta y es dada de alta en buen estado.

En el apartado referido a:

1.- Falta de asepsia adecuada

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC se siguen de forma rutinaria los protocolos de limpieza y desinfección aprobados por la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política de Antibióticos del Hospital. Estos protocolos son revisados periódicamente, y son de aplicación tanto para el personal de limpieza, como para el personal auxiliar de enfermería, encargados cada uno de sus áreas específicas de actuación. En concreto, para la Unidad de Paritorio se sigue el documento "3.6. Limpieza y desinfección de Superficies de riesgo alto" destinados a las necesidades de las Áreas y Unidades en las que se realizan técnicas que requieren alto grado de asepsia y/o maniobras invasivas de alto riesgo.

Asimismo, todo el material utilizado se limpia y desinfecta según los protocolos "3.1.2 Limpieza desinfección y esterilización del material clínico semicrítico" y "3.2. Productos recomendados para la Limpieza y Desinfección Material Clínico", aprobados por la Comisión de Infecciones, tal y como corresponde con las maniobras que se llevan a cabo en esta Unidad.



*De igual forma, el personal sanitario sigue las "1.1 Recomendaciones para la Higiene de Manos del personal sanitario", las "1.2. Recomendaciones para el uso racional de guantes" y las "1.3 Recomendaciones de uniformidad para evitar la transmisión cruzada", establecidas de igual modo por la citada Comisión.*

*El seguimiento de estos protocolos es obligado en los centros hospitalarios, en aras de minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.*

### *2.- Transmisión nosocomial de la tuberculosis y paritorio del HUC:*

*La tuberculosis es una enfermedad infecciosa originada por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo reservorio principal es el ser humano enfermo o infectado. Su fuente de contagio es exclusiva del hombre enfermo de tuberculosis respiratoria (pulmonar, bronquial o laríngea), siendo el principal transmisor potencial el paciente con baciloscopia positiva, es decir, en aquellos que emiten bacilos en sus secreciones respiratorias en cantidad suficiente para ser visualizados al microscopio.*

*Habitualmente la transmisión ocurre entre una persona enferma que convive durante tiempo prolongado con otras sanas, y el grado de exposición va a variar dependiendo de la concentración de microorganismos en el ambiente (adecuada ventilación) y del nivel de intimidad (horas de contacto diario o semanal). Por ello, sólo en escasas ocasiones la tuberculosis se trata de una enfermedad adquirida en un centro hospitalario (nosocomial), en la cual además la transmisión suele ocurrir desde un paciente enfermo a un trabajador sanitario (por manipulación de la vía aérea de un paciente bacilífero no diagnosticado con anterioridad), siendo muy improbable que se transmita de un trabajador enfermo a un paciente. A los trabajadores sanitarios se les realiza periódicamente reconocimientos médicos, en el que de forma obligatoria se solicitan pruebas diagnósticas de infección tuberculosa para conocer su estado inmunitario frente a la misma. Y, ante cualquier signo o síntoma sugestivo de enfermedad tuberculosa se realiza el estudio correspondiente, siendo apartado de la asistencia sanitaria para su tratamiento.*

*De este modo, en el caso de la paciente que nos ocupa, la única forma por la que podría haber adquirido una tuberculosis en el paritorio del HUC habría sido a través de un contacto estrecho y mantenido con un trabajador enfermo de tuberculosis y bacilífero, durante su trabajo de parto, supuesto que no nos consta que se haya dado en este Centro.*

### *3.- La paciente que presenta la Reclamación NO padece enfermedad tuberculosa.*

*En la historia clínica de la paciente no hay ningún dato clínico ni microbiológico, ni juicio diagnóstico alguno que indique que esté padeciendo una enfermedad tuberculosa.*

*Según la OMS, aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis, pudiendo no tener ninguna repercusión para su salud a lo largo de toda su vida. Sólo una pequeña proporción de infectados enfermará de tuberculosis, siendo*

los pacientes con un sistema inmunológico debilitado los que tengan más probabilidad de desarrollarla.

Existen dos pruebas diagnósticas para determinar si una persona está infectada por el bacilo de la tuberculosis: la intradermorreacción de Mantoux y el Quantiferon (prueba serológica). Una de las ocasiones en las que se solicitan estas determinaciones es cuando se prevé que se van a utilizar tratamientos que podrían deprimir el sistema inmunológico. Si alguna de estas pruebas fuera positiva (paciente infectado pero no enfermo), se recomienda un tratamiento preventivo previo para minimizar el riesgo de desarrollar tuberculosis.

Ninguna de las patologías ginecológicas que ha presentado hasta el momento, son consecuencia ni tienen relación con enfermedad tuberculosa alguna (...) ».

Por otra parte, el informe emitido por el Servicio de Neurología HUC, realiza las siguientes consideraciones médicas como especialista en la materia:

« (...) En respuesta a la solicitud efectuada por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, en relación al expediente de Responsabilidad Patrimonial 126/21 correspondiente a la paciente (...) (NHC 1993027003) se realiza evaluación de los procesos médicos realizados, pruebas pautadas, evolución y estado de la paciente, así como criterio clínico para facilitar la comprensión coherente en relación a los hechos reclamados.

(...)

La paciente no ha presentado clínica compatible con neurotuberculosis y las lesiones presentadas por la paciente no tienen características de tuberculomas (lesiones ocupantes de espacio con aumento de la presión intracraneal) ni hay afectación meníngea o de pares craneales (III, IV y VI).

Además, la resolución de la primera lesión tras la administración de corticoides es incongruente con la naturaleza tuberculoide.

En LCR de la TBC presenta pleocitosis linfocítica con proteinorraquia y consumo de glucosa (datos que no aparecen en la paciente).

(...)

En conclusión: en relación a los 2 objetivos de la reclamación

1. "La infección nosocomial de tuberculosis adquirida durante el parto 9.9.2012": no se sostiene, pues la paciente no presentó en ningún momento datos clínicos de tuberculosis.

2. "Retraso en el diagnóstico correcto. Se sucedieron una serie de errores diagnósticos que evitaron la administración del tratamiento correcto que hubiera evitado las secuelas que padece".

*En la actualidad la paciente no tiene un diagnóstico clínico de esclerosis múltiple porque no cumple criterios de McDonald 2017, estando en situación de 2 eventos desmielinizantes localizados en Tronco encéfalo, uno de ellos ya evanescente. En los últimos años se está desglosando entidades clínicas y radiológicas con similitud con Esclerosis Múltiple pero con pronóstico y evolución distintos, en algunos casos inciertos. Estando la paciente, en estos momentos en esta situación. No procede tratar una enfermedad NO diagnosticada (...)».*

6. El día 28 de septiembre de 2022, la Instrucción del procedimiento dicta Acuerdo Probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas consistente en documental médica obrante en el expediente.

7. Con fecha 28 de septiembre de 2022, se concede el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente. Trámite correctamente notificado a la parte interesada, sin que se hayan presentado alegaciones al respecto.

8. Con fecha 24 de octubre de 2022, se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaria General del SCS, firmada por el Director General de Recursos Económicos.

9. Por lo demás, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

### III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, al entender el Órgano Instructor, en resumen, que de las actuaciones practicadas no ha resultado probada una pérdida de oportunidad en el tratamiento de la enfermedad de la paciente, por lo que considera que en el caso analizado no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. En el supuesto planteado la interesada, en síntesis, realiza su reclamación con base a una presunta infección nosocomial de Tuberculosis, que supuestamente adquiere durante el parto de 9 de septiembre de 2012, considerando que al no haber estado debidamente desinfectado el paritorio, el SCS no adopta las medidas antisépticas establecidas, resultando deficiente el funcionamiento de la Administración sanitaria. Añadiendo a su reclamación, en relación con el diagnóstico de tuberculosis, que hubo retraso en el diagnóstico de la enfermedad, habiendo

perdido la oportunidad de ser tratada medicamente en el tiempo oportuno, lo que podría haber evitado las secuelas que ahora padece, este diagnóstico tardío e injustificado según alega la afectada ha determinado unos daños crónicos en su persona por el que la Administración Sanitaria entiende que debe responder.

3. La reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba, plenamente aplicable al caso que nos ocupa, está recogida, entre otros, en los Dictámenes 272/2019, de 11 de julio; 470/2020, de 19 de noviembre ó 77/2022, de 2 de marzo, doctrina que indica:

*«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (‘semper necesitas probandi incumbit illi qui agit’) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega (‘ei incumbit probatio qui dicit non qui negat’) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (‘notoria non egent probatione’) y los hechos negativos (‘negativa non sunt probanda’). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».*

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, requisito esencial para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su

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

4. Nuestra Doctrina sobre la responsabilidad patrimonial en relación con la obligación de medios en el ámbito de la Administración sanitaria, la podemos estudiar en diversos dictámenes, verbigracia los Dictámenes 209/2019, 246/2019, 267/2019, 327/2019, 174/2021 y 399/2021. Esta doctrina plenamente aplicable al supuesto que nos ocupa presenta una serie de particularidades que hacen referencia a la *lex artis*, y que no debemos orillar. En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala:

*«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, entiende el Tribunal Supremo en su Sentencia de 23 de septiembre de 2009:

*«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».

Por su parte, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

*«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».*

En lo que se refiere a la pérdida de oportunidad debemos recordar lo ya señalado por este Consejo en sus números Dictámenes 171/2016, 152/2017, 523/2018, 354/2019, 359/2019, 38/2020, 396/2020 y 497/2021-, en los que indicábamos:

*« (...) Desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.*

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

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

*«En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto*

*indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación n.º 6280/2009).*

*Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación n.º 1247/2014 (...)) ».*

5. En el presente caso la afectada alega que la infección nosocomial de Tuberculosis, supuestamente diagnosticada, la adquiriría como consecuencia de que el paritorio no estaba debidamente desinfectado por lo que las medidas antisépticas no fueron adoptadas correctamente.

Sin embargo, la Administración sanitaria, particularmente mediante el informe médico preceptivo del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUC, que adjunta diversa documentación en relación con el protocolo de medidas sépticas de limpieza y desinfección que el centro Hospitalario cumple debidamente de forma rutinaria, desvirtúa por completo la alegación referida por la afectada. Así nos señalaba en su informe el facultativo concernido que los protocolos de limpieza y desinfección son revisados periódicamente, y son de aplicación tanto para el personal de limpieza, como para el personal auxiliar de enfermería, inclusive por tanto la Unidad de Paritorio, en el que se realizan técnicas que requieren alto grado de asepsia y/o maniobras invasivas de alto riesgo. Además, confirma que el material utilizado se limpia y desinfecta según los protocolos «3.1.2 Limpieza desinfección y esterilización del material clínico semicrítico» y «3.2. Productos recomendados para la Limpieza y Desinfección Material Clínico», aprobados por la Comisión de Infecciones. Manifestando la obligatoriedad del cumplimiento de los protocolos en los centros hospitalarios, incluso pues en el HUC.

Finalmente, el facultativo informante realiza la siguiente consideración del todo digna de atención por la importancia que implica: así, manifiesta que la única forma por la que la paciente *podría haber adquirido una tuberculosis en el paritorio del HUC habría sido a través de un contacto estrecho y mantenido con un trabajador enfermo de tuberculosis y bacilífero, durante su trabajo de parto, supuesto que no*

*nos consta que se haya dado en este Centro. Confirmando, a mayor abundamiento, que la paciente que presenta la Reclamación NO padece enfermedad tuberculosa.*

6. Respecto de la segunda alegación manifestada por la paciente, señalando que el diagnóstico de tuberculosis debió haberse formulado antes, pues de su tratamiento tardío procederían los padecimientos y las secuelas que en consecuencia sufrió, debemos mencionar las conclusiones expresadas por el SIP en su informe, coincidente en todos sus extremos con los informes médicos preceptivos, acreditando que *el Síndrome neurológico que presenta la reclamante, con imágenes por resonancia magnética que mostraron daño similar al de la Esclerosis Múltiple en áreas específicas y sus manifestaciones clínicas no guarda relación alguna con la infección por Mycobacterium tuberculosis.*

En fin, en el supuesto analizado se ha llegado a acreditar que a la paciente se le practicó un seguimiento médico exhaustivo en atención a sus distintas dolencias manifestadas a lo largo del tiempo, asistencia clínica que le fue prestada según los medios conocidos y disponibles en el ámbito médico, por lo que en virtud de la documental obrante el expediente se considera que se actuó conforme al protocolo médico establecido, como así se ha demostrado fehacientemente, sin que quepa tratar siquiera de la pérdida de oportunidad alegada, pues se constata que la paciente no padece la enfermedad tuberculosa.

7. En definitiva, y con base en todo lo anterior, se considera que la Administración Sanitaria ha acreditado haber actuado conforme al criterio de la *lex artis ad hoc*, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP). Por lo que no existiendo nexo causal que atribuya responsabilidad al SCS por los hechos alegados por la paciente, de acuerdo con la Propuesta de Resolución, la reclamación debe ser desestimada.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por la interesada, se considera conforme a Derecho.