Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 3 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 27 de marzo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 69/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, dado que la Administración considera que, de corresponderle indemnización por los daños sufridos, estos superan los límites cuantitativos establecidos en el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; 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,

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP]. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 20 de enero de 2023, por un daño que quedó determinado el día 26 de enero de 2022, cuando se le diagnosticó que padecía carcinoma papilar de tiroides, siendo intervenida quirúrgicamente del mismo el día 19 de abril de 2022 y se sometió al correspondiente tratamiento médico que, al menos, duró hasta junio de 2024.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial se exponen los siguientes hechos:

- Que durante el mes de agosto de 2020 acudió a los servicios médicos dependientes del SCS por malestar general, tos y dificultad para respirar, siendo diagnostica de COVID19, tras llevarse a cabo la prueba diagnóstica correspondiente.

En los meses posteriores presentó diversos problemas de salud, tales como tos crónica con esputos hemópticos, acudiendo al SCS, donde el personal sanitario que le atendió le indicaba que tales problemas derivaban del COVID19.

- Todo ello continuó desarrollándose de la misma forma durante el año 2021 y mientras sólo se le realizaban analíticas y radiografías, sin que con los tratamientos médicos dispensados obtuviera la mejoría de tales problemas. Además, también comenzó a presentar problemas de ansiedad por la persistencia de tales padecimientos físicos.

- En enero de 2022 acudió al Hospital (...), del ámbito privado, en el que, tras un reconocimiento médico, se le informó de que debía acudir con urgencia al SCS para efectuarse una biopsia de sus glándulas tiroideas ante la sospecha de patología neoproliferativa.

El 26 de enero de 2022 se le diagnosticó en el SCS PAAF de tiroides, positivo por malignidad y el día 19 de abril de 2022 se le trató quirúrgicamente el carcinoma papilar tiroideo que presentaba, con afectación metastásica gangliar laterocervical, a través de una tiroidectomía total y VCC bilateral. Después de ello recibió tratamiento médico con yodo radioactivo.

2. La interesada considera que ha habido una *mala praxis* médica, concretada en la tardanza excesiva en diagnosticarle la verdadera patología que padecía, al no dársele un diagnóstico adecuado durante gran parte del referido proceso médico, razón por la que reclama la correspondiente indemnización.

3. Por último, para efectuar una correcta exposición de los antecedentes de hecho, es preciso reproducir lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), emitido el 27 de septiembre de 2024, en el que se manifiesta lo siguiente:

«1. (...) con DNI (...) presenta como antecedentes personales obstétricos G3P2A1; médicos broncoespasmo de repetición en la infancia, pirosis (Endoscopia digestiva alta/E. 13/07/2022 normal), palpitaciones (Ecocardiograma transtorácico/ETT 10/08/2022 normal), intento autolítico valorada por Unidad de Salud Mental (2007), ataques de pánico (2019); quirúrgicos abdominoplastia y mamoplastia por pérdida ponderal.

2. El 11/09/2020 fue diagnosticada de Enfermedad Covid-19 mediante resultado de PCR SARS-CoV2 con resultado positivo por lo que mantuvo seguimiento por el equipo responsable de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) así como por su Médico de Atención Primaria (MAP).

3. A los cuatro meses del proceso infeccioso agudo, en enero de 2021, acudió a consulta de su MAP por disnea por lo que se realizó PCR SARS-CoV2 con resultado negativo. Dada la persistencia de síntomas tras infección por Covid-19, se realizó interconsulta a la Unidad de Enfermedades Infecciosas, siendo la prueba diagnóstica para dicho virus negativa.

4. En los sucesivos meses la paciente acudió en varias ocasiones al Servicio de Urgencias de Atención Primaria para consultar por diferentes motivos de consulta, entre los que se encontraban: malestar general, náuseas y mareos, dolor abdominal y diarreas, dorsalgia, dolor de garganta, anosmia y ageusia. En varias de estas valoraciones se realizó PCR o TestAg SARS-CoV2, todos ellos con resultado negativo. En una de las ocasiones, el día 11/03/2021, fue derivada al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) por dolor abdominal, diarreas y vómitos sin otra sintomatología asociada (no fiebre, tos ni disnea), destacando a la exploración física "abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho sin signos de irritación", resto dentro de normalidad incluyendo la auscultación cardiopulmonar (ACP). Se realizó analítica y radiografía de abdomen sin hallazgos patológicos, siendo dada de alta por mejoría tras un periodo de observación.

5. De forma concomitante tuvo varias citas de seguimiento de síntomas en consulta de su MAP destacando la persistencia de "ardor en todo el cuerpo".

En una de estas citas con su MAP, en agosto de 2021, comentó sensación de "pinchazo en el pulmón" por lo que se solicitó radiografía de tórax urgente estableciendo el diagnóstico de bronquitis para lo que se indicó antibioterapia. Se dio cita de revisión a la semana en la que refería persistencia de disnea (sensación de falta de aire) por lo que se realizó interconsulta al Servicio de Neumología. Tuvo la primera consulta con este servicio en noviembre de 2021 encontrándose en ese momento asintomática según la historia clínica. En esa consulta se revisó la radiografía de tórax realizada describiendo "escoliosis, infiltrado-Sd LMD" (El síndrome del lóbulo medio derecho es un colapso crónico del mismo como consecuencia de la obstrucción del bronquio por cuerpo extraño, infección, inflamación, etc.). Para completar el estudio se solicitaron pruebas complementarias (TAC tórax, Exploración Funcional Respiratoria/EFR) y se realizó interconsulta al Servicio de Rehabilitación dónde valoraron a la paciente en enero de 2022 incluyéndola en el programa de rehabilitación cardio-respiratoria.

En el mismo mes de agosto de 2021, en consulta de su MAP se objetivó "aumento de glándula tiroidea" por lo que se solicitó ecografía de cuello para estudio (programada para el 31/01/22 en el CAE P. Guzman) y posteriormente se realizó analítica con todo dentro de la normalidad incluyendo la función tiroidea (TSH 1,22 uUI/mL).

6. El 16/12/2021 acudió a consulta de MAP refiriendo persistencia de "ardor en el cuerpo", asociando en ese momento adenopatías de reciente aparición. A la exploración física se describe "adenopatías región anterior cuello de 2cm aprox, no adheridos a planos profundos, doloroso a la palpación". En contexto de síntomas de infección respiratoria las

semanas previas con adenopatías de reciente aparición y persistencia de sintomatología inespecífica tras la Enfermedad Covid-19 resuelta, se realizó interconsulta al Servicio de Medicina Interna.

7. Al día siguiente de esta valoración la paciente acudió al Servicio de Urgencias Hospitalario para consultar por dolor torácico y adenopatías en el cuello. A la exploración física destacaban "adenopatías 2cm en región preescalénica anterior derecha y 1,5cm izquierda". Se realizó analítica normal, electrocardiograma (ECG) sin signos de isquemia aguda (reducción del flujo sanguíneo que provoca fata de oxígeno a los tejidos) aunque con "alternancia en III y aVF" y radiografía tórax descrita como "similar a la del 24/11/2021". Se mantuvo en observación refiriendo mejoría con AINEs (antiinflamatorio no esteroideo indicado para el dolor) por lo que se decidió alta a domicilio. Tras el alta hospitalaria su MAP realizó una interconsulta al Servicio de Cardiología para estudio por los hallazgos del ECG, siendo valorada con realización de ecocardiograma transtorácico sin hallazgos patológicos por lo que se dio alta de consultas externas de Cardiología.

8. El 14/01/2022 acudió a consulta de su MAP aportando ecografía de cuello realizada en centro privado Hospital (...): "Se observa glándula tiroidea aumentada de tamaño a expensas del lóbulo derecho que se encuentra en la porción media inferior ocupado por una lesión lobulada isoecoica con el parénquima con zonas hipoecoicas y calcificaciones milimétricas sin artefacto de cola de cometa que tiene bordes mal definidos y unas dimensiones aproximadas de 28x20x42mm con flujo Doppler tanto en la periferia como en la porción central y que contacta con otro nódulo hipoecoico de localización inferior que mide 7x8x10mm sin flujo Doppler en el interior que pudiera corresponderse con un quiste o con menos probabilidad a un adenoma paratiroideo. Se visualizan múltiples adenopatías cervicales, que en su mayoría son hiperecogénicas ocupando las esstaciones II, III, IV supraclavicular derechas y algunas II-III izquierda. Se visualizan al menos dos adenopatías más en región supraesternal que tienen un aspecto diferente al resto de las adenopatías cervicales, sinedo más hipoecoica y con focos hiperecogénicos en el interior, por lo que recomiendo biopsia tanto de la alteración tiroidea como de las adneopatías cervicales, y debería de hacerse con prioridad ante la sospecha de patología neoproliferativa''.

En ese momento se realizó interconsulta al Servicio de Endocrinología de forma preferente.

9. El 26/01/2022 el Servicio de Endocrinología llevó a cabo PAAF bajo control ecográfico (La punción-aspiración con aguja fina/PAAF guiada por ecografía es un procedimiento para extraer células y líquido de un nódulo tiroideo para ser analizadas por un anatomopatólogo quién podrá valorar la benignidad o malignidad de dicho nódulo. El médico que la realiza utiliza la ecografía para localizar el nódulo que quiere puncionar, introduce una aguja fina conectada a una jeringa para obtener la muestra[1]). Las muestras se enviaron para estudio

mediante anatomía patológica concluyendo "PAAF de tiroides lóbulo tiroideo derecho positivo para malignidad, Categoría VI Bethesda, compatible con carcinoma papilar de tiroides" con afectación de ganglios linfáticos positivos para malignidad.

10. El 07/03/2022 tuvo la primera consulta con el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo dejando constancia en la historia clínica que se explica a la paciente el diagnóstico, su pronóstico, la intervención, y las consecuencias o complicaciones de la cirugía. Se entregaron los consentimientos informados por escrito y se incluyó en lista de espera para tiroidectomía total + vaciamiento cervical central (VCC)+ vaciamiento cervical lateral (VCL) bilateral (extirpación total de la glándula tiroides y de los ganglios linfáticos por los que se puede diseminar el tumor). Se solicitó estudio preoperatorio completo incluyendo:

a) Radiografía de tórax 14/03/2022 "Se compara con los previos. No se observan nódulos ni opacidades en el parénquima pulmonar".

b) TC cuello-tórax sin contraste 23/03/2022 "CUELLO: Glándula tiroidea aumentada de tamaño a expensas del lóbulo derecho alcanzando unos diámetros máximos de 2,22 x 1,22 cm anteroposterior y transverso en el plano axial en su zona de mayor estenosis. Se identifican adenopatías laterocervicales en los distintos niveles. TÓRAX: Se visualizan múltiples nódulos en ambos parénquimas pulmonares, de predominio en los lóbulos inferiores, compatible con metástasis. No se observan lesiones óseas líticas ni blásticas sugerentes de malignidad".

c) Valoración por el Servicio de Otorrinolaringología para laringoscopia precirugía informando de cuerdas vocales móviles sin lesiones (29/03/2022).

11. El día 04/04/2022 acudió a consulta con el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo comentando que en cita previa con el Servicio de Neumología había sido informada del resultado del TAC de tórax con presencia de metástasis pulmonares y que le habían propuesto tratamiento con QT-RT (quimioterapia-radioterapia) en lugar de cirugía. Queda constancia en historia clínica que el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo aclara a la paciente que en su caso está indicada la cirugía y posteriormente tratamiento con I131 (yodo radiactivo) para tratar las posibles metástasis pulmonares.

12. El día 19/04/2022 se realizó la intervención quirúrgica consistente en tiroidectomía total + VCC + VCL bilateral. En las hojas clínicas del postoperatorio consta que tuvo una evolución favorable, comenzando movilización y tolerancia progresiva en planta dónde se mantuvo con buen estado general, hemodinámicamente estable, eupneica, afebril y herida con buen aspecto sin hematoma, por lo que se decidió alta a las 48 horas y control en consultas externas.

13. A los dos días del alta hospitalaria la paciente consultó en el Servicio de Urgencias Hospitalario por hormigueo en labios, manos y piernas. A la exploración física respiratoria, cardiovascular y neurológica no se encontraron hallazgos patológicos. Se realizó analítica

objetivando hipomangnesemia leve, sin hipocalcemia (calcio corregido 8,8 mg/dl). Dada la estabilidad clínica y hemodinámica se decidió alta a domicilio y continuar control en consultas externas.

14. Acudió a citas sucesivas de seguimiento por parte del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. En la cita de revisión a los seis días de la intervención presentaba menos desviación del labio inferior y había recuperado la sensibilidad en el pabellón auricular. En la siguiente semana la paciente refería encontrarse bien, y se programó analítica previa al tratamiento con IL31.

El día 23/05/2022 se realizó analítica de control y acudió a consulta para revisión con resultados. En dicha consulta se objetivó persistencia de "ligerísima desviación de comisura bucal" por lo que se realizó interconsulta al Servicio de Rehabilitación. Fue valorada por este servicio a los dos meses, el 29/07/2022, refiriendo encontrarse bien en ese momento, sin desviación de comisura bucal aunque presentaba parestesias en región mandibular derecha. Se indicó Tiobec 400mg c/12h 4 meses (nutracético cuya composición fundamental es el ácido a-lipoico con alta capacidad antioxidante asociando un complejo vitamínico B para favorecer la fase de reparación del nervio dañado [2]) sin precisar más seguimiento por este motivo.

15. En mayo de 2022 se administró dosis ablativa oral de 150 mCi de I131 en situación de hipotiroidismo y se realizó a los tres días Gammagrafía post-tratamiento: "Restos tiroideos post-cirugía en lecho izquierdo. Adenopatía metastásica yodoactiva en fosa supraclavicular izquierda. Adenopatías metastásicas yodocaptantes en espacio ganglionar IV derecho, la mayor de 1,15 en su diámetro axial. Metástasis pulmonares bilaterales, con captación difusa y heterogénea". Ante este resultado el Servicio de Endocrinología mantuvo seguimiento con ecografía y analíticas de control hasta realización de nuevo tratamiento con I131 a los seis meses.

En noviembre de 2022 se administró la segunda dosis de 150mCi de IL31 y realizó Gammagrafía post-tratamiento: "Probable recidiva o resto en lecho tiroideo derecho, de localización retrotraqueal. Dos adenopatías yodocaptantes aparentemente en IV derecho, que han disminuido su tamaño respecto a control previo. Diseminación metastásica en ambos pulmones.".

Durante el seguimiento por el Servicio de Endocrinología se determinó la necesidad de una tercera dosis de I131 administrada en julio de 2023 con Gammagrafía post-tto: foco hipercaptante en lecho tiroideo derecho en relación con restos, hipercaptación difusa en ambos pulmones identificando áreas nodulares solo en región basal LII.

Se mantuvo vigilancia estrecha con realización de diferentes pruebas complementarias como Gammagrafía ósea (noviembre 2023): negativa; TAC cuello-tórax (diciembre 2023):CUELLO compatible con progresión tumoral con restos tumorales en lecho quirúrgico y crecimiento de adenopatías. TÓRAX estabilidad radiológica, persiste nódulo 5mm base

pulmonar izquierda de dudosa significación patológica y sin cambios. Ante estos hallazgos se solicitó Eco-PAAF (enero de 2024) en la que se concluye la presencia de resto derecho sin adenopatías cervicales patológicas por lo que se completó el estudio con PET-TAC (abril 2024): probable resto derecho, adenopatías latero-cervicales y supraclaviculares izquierdas y nódulo pulmonar único en LII sin captación patológica.

Con los informes de las pruebas complementarias descritas se presenta en el comité de tumores dónde se decide cuarta dosis de IL31 administrada en junio de 2024 con Gammagrafía post-tto: negativo».

III

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

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 20 de enero de 2023.

El día 16 de febrero de 2023, se dictó la Resolución n.º 533/2023 de la Secretaría General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación del interesado.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y los informes del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y del Servicio de Urgencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil y, finalmente, el informe del personal sanitario de Atención Primaria.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, no presentando escrito de alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 7 de febrero de 2025. La misma se denominó por error *Resolución* y no *Propuesta de Resolución,* demostrativo de tal error es el escrito de la Consejera de Sanidad, emitido tras la misma, en el que se manifiesta que *«Por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se ha instruido expediente de responsabilidad patrimonial nº 14/23, seguido a instancia de, (...) con objeto de que se reconociera e hiciera efectivo el derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados como consecuencia supuestamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

La instrucción del expediente mencionado ha concluido, habiéndose verificado el Trámite de Audiencia y elaborado la correspondiente Propuesta de Resolución».

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.*

A juicio del órgano instructor en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor, con base en el informe del Servicio referido, entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS por no apreciarse *mala praxis* médica por parte del personal sanitario que atendió a la interesada durante todo su proceso médico.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 673/2024, de 21 de noviembre, entre otros, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- 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 inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala 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, más 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 Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) «*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*".

En el mismo sentido, 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".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo 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», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto, por las razones que se expondrán a continuación.

3. Además, en dicho Dictamen, este Consejo Consultivo ha señalado también que «*Por otro lado, 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, sin perjuicio 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)», siendo esta doctrina también plenamente aplicable al presente asunto.

4. En el presente asunto, como ya se dijo, la interesada considera que se produjo una actuación de los servicios sanitarios dependientes del SCS contraria a la ***lex artis***, pues hubo un retraso inadecuado en el diagnóstico de la grave patología que padecía.

Pues bien, en el informe del SIP se trata de forma pormenorizada y exhaustiva la totalidad de las actuaciones médicas producidas durante todo el proceso médico, demostrándose que las misma fueron siempre las adecuadas a los síntomas y patologías que iba presentando la interesada a lo largo del mismo.

Así, se manifiesta en tal Informe lo siguiente acerca del proceso médico que se produjo tras ser dada de alta del COVID19, que padeció en agosto de 2020, siendo el siguiente:

«2. En la reclamación se expone que en los meses posteriores consultó en centros sanitarios del Servicio Canario de Salud por problemas de salud y que no se le realizaron pruebas.

Tras ser dada de alta por el proceso infeccioso agudo, la paciente consultó en servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria así como en consulta de su MAP por diferentes motivos de consulta, siendo valorada con exploración física y realización de pruebas complementarias que se consideraron necesarias en cada momento, acorde al motivo de consulta, tal como se describe a continuación:

a) Tras haber pasado el proceso agudo, se realizaron varias PCR y TestAg SARS-CoV2 en contexto de sintomatología compatible con Enfermedad Covid-19 (malestar general, tos, disnea, diarrea, dolor de garganta, etc.), siendo todas las pruebas realizadas negativas.

b) En marzo de 2021 consultó por dolor abdominal, diarreas y vómitos siendo derivada desde el Servicio de Urgencias de Atención Primaria al Servicio de Urgencias Hospitalaria dónde se realizaron analítica y radiografía de abdomen.

c) En agosto de 2021 su MAP solicitó radiografía de tórax urgente por disnea. Valorada dicha radiografía se estableció diagnóstico de bronquitis indicando tratamiento antibiótico. A la re-valoración se realizó interconsulta al Servicio de Neumología por persistencia de disnea.

d) También en agosto de 2021 su MAP solicitó ecografía de cuello al objetivar agrandamiento de la glándula tiroidea, sin otra sintomatología asociada en ese momento.

e) En noviembre de 2021 fue valorada por el Servicio de Neumología dónde se solicitó TAC tórax, EFR (Exploración funcional respiratoria: grupo de exploraciones para valorar de forma objetiva el funcionamiento del aparato respiratorio permitiendo establecer un diagnóstico y evaluar la respuesta al tratamiento [4]) y se realizó interconsulta al Servicio de Rehabilitación.

f) En diciembre de 2021 fue valorada en el SUH por dolor torácico siendo estudiada acorde al motivo de consulta siguiendo el protocolo con analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma. Tras este episodio su MAP realizó interconsulta al servicio de Cardiología para completar estudio con ecocardiograma transtorácico dentro de la normalidad.

g) En enero de 2022 en consulta de su MAP se solicitó analítica con Ag Helicobacter pylori y Endoscopia digestiva alta para estudio de cuadro de dolor abdominal, reflujogastroesofágico y náuseas, ambas pruebas sin hallazgos patológicos.

Teniendo en cuenta los sucesivos contactos con el servicio público de salud, queda objetivado que se solicitaron pruebas complementarias y se realizaron interconsultas pertinentes acorde a cada motivo de consulta para poder proporcionar la mejor actitud diagnóstico- terapéutica en cada momento, por tanto, la aseveración de que "no se hicieron pruebas" no es cierta.

3. En la reclamación se hace referencia en concreto al episodio del 24/11/2021 en el que el motivo de consulta fue tos y esputos hemoptoicos, alegando que "sólo se le realiza analíticas, ECG y Rx". Ese día fue valorada en consulta de su MAP quién derivó a la paciente al SUH dónde es valorada de acuerdo al protocolo vigente de hemoptisis, como se señala en el Informe del Jefe del Servicio de Urgencias. Además en el informe de alta del SUH del día de la valoración se describe analítica normal y radiografía similar a previas manteniendo la paciente estabilidad hemodinámica por lo que se decide alta y continuar estudio ya iniciado por Neumología.

4. En la reclamación consta el siguiente enunciado: "Incluso, en informe médico de fecha 17/12/2021 el facultativo dice: tras descartar patología urgente, sin signos evidentes

de infección, con mejoría del dolor con AINES con marcadores negativos se decide alta del servicio de urgencias con control y ampliación de estudio por vía ambulatoria". Ese día la paciente fue valorada en SUH por dolor torácico y se actuó acorde al protocolo vigente de dolor torácico como se indica en el informe del Jefe del Servicio de Urgencias, es decir, se realizó analítica con enzimas cardíacas (biomarcadores para objetivar daño cardíaco), radiografía de tórax y ECG. Una vez valoradas dichas pruebas complementarias y mantener a la paciente en observación en el Servicio de Urgencias se descarta patología aguda y se decide alta indicando estudio ambulatorio. Tras esta valoración en SUH acudió a consulta de su MAP quién realizó interconsulta al Servicio de Cardiología para este estudio ambulatorio. Por tanto, fue estudiada acorde a la clínica presentada y hallazgos en pruebas complementarias tanto en servicio de urgencias como en consultas externas.

5. En la reclamación se alega que su sintomatología se relacionaba con secuelas de la Enfermedad Covid-19 llegando a prescribirle tratamiento para la ansiedad.

Como se ha expuesto en los puntos anteriores, la paciente fue valorada en cada ocasión de acuerdo al motivo de consulta y sintomatología descrita, realizando las pruebas complementarias pertinentes para tomar la mejor actitud en cada momento.

A pesar de esto, se alega que se le indicó tratamiento para la ansiedad en contexto de la sintomatología por la que consultaba tras haber presentado enfermedad Covid-19. La paciente comenzó con sintomatología compatible con enfermedad Covid-19 a finales de agosto de 2020 siendo diagnosticada con PCR positiva en septiembre de 2020, sin embargo ya se le había pautado tratamiento ansiolítico (Lexatin) desde hacía más de un año en contexto de "Ataques de pánico", diagnóstico que consta en su historia de salud de atención primaria.

6. En la reclamación se alega que el retraso en el diagnóstico ocasionó "más daños de los necesarios de haberse identificado a tiempo de habérsele prestado una asistencia sanitaria acorde a la sintomatología que presentaba".

En los párrafos precedentes, tras estudiar minuciosamente su historia clínica con los diferentes motivos de consulta y actuaciones médicas realizadas en cada valoración, se da respuesta a la aseveración que realiza la reclamante sobre "habérsele prestado una asistencia sanitaria acorde a la sintomatología que presentaba", es decir, se puede concluir que sí se prestó una asistencia sanitaria de acuerdo a cada motivo de consulta.

En cuanto al supuesto retraso diagnóstico cabe remontarnos a una de las sucesivas citas de control por su MAP, el día 17 de agosto de 2021, en la que se detectó un agrandamiento de la glándula tiroidea por lo que solicitó una ecografía de cuello para estudio con prioridad normal al no encontrarse en ese momento signos de alarma que motivaran un estudio preferente. A los 4 meses, en diciembre de 2021, consultó por adenopatías en el cuello de reciente aparición habiendo presentado ese mismo mes infección respiratoria, asociando además persistencia de síntomas inespecíficos tras Enfermedad Covid-19, lo que motivó la

realización de interconsulta al Servicio de Medicina Interna (la cuál no se produjo dado el devenir de los acontecimientos posteriores). En el mes siguiente, enero de 2022, la paciente voluntariamente se realizó ecografía de forma privada, donde se aprecia sospecha de patología neoproliferativa por lo que se le recomendó realización de biopsia; cabe aclarar que la paciente tenía cita ese mismo mes para la realización de la ecografía en el servicio público de salud (CAE P. Guzman).

La paciente aportó el informe de la ecografía privada en consulta de su MAP quién realizó interconsulta preferente al Servicio de Endocrinología que valoró a la paciente ese mismo mes con realización de PAAF ecoguiado estableciendo el diagnóstico de Carcinoma papilar de tiroides (CPT) con afectación linfática.

El cáncer tiroideo puede derivar de células foliculares epiteliales (carcinoma papilar, folicular, anaplásico (...)) o parafoliculares (carcinoma medular). El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es un tumor epitelial maligno con diferenciación folicular y constituye la neoplasia tiroidea más frecuente.[5] El síntoma más común del cáncer de tiroides es un bulto en la parte anterior del cuello que puede ser visible o palpable, no obstante, la mayoría de los nódulos tiroideos son benignos [6]. En el caso del CPT aproximadamente un tercio de los pacientes tienen adenopatías clínicamente evidentes en el momento de la presentación y el 1-7% tienen metástasis a distancia en el momento del diagnóstico. [7]

Durante el tiempo de seguimiento, la paciente consultó por diferentes síntomas tales como malestar general, "ardor en el cuerpo", diarreas, pérdida del gusto, pérdida del olfato, dolor de garganta o fiebre, estos últimos siempre en contexto de sintomatología compatible con clínica infecciosa de vía aérea. Ninguno de los síntomas fue sugestivo de carcinoma de tiroides. Revisando la cronología de los hechos, la paciente manifestó el primer signo clínico compatible con un posible cáncer de tiroides en agosto de 2021 cuando su MAP objetivó un bocio (agrandamiento glándula tiroides), en ese momento se solicitó ecografía de cuello para estudio. Como se describe en la bibliografía aportada, la mayoría de los nódulos tiroideos son benignos, por lo que sin asociar datos de alarma y con función tiroidea normal, en este momento correspondía solicitar dicha prueba complementaria para estudio del bocio detectado. Posteriormente, en diciembre de 2021, presentó adenopatías cervicales que podían estar relacionadas con infecciones respiratorias pasadas ese mismo mes, sin embargo se decidió realizar interconsulta al Servicio Medicina Interna para estudio junto con otra sintomatología inespecífica persistente tras Enfermedad Covid-19 pasada. En el siguiente mes, enero de 2022, cuando la clínica ya era florida, se realizó ecografía con sospecha de neoproliferación por lo que su MAP realizó interconsulta preferente al Servicio de Endocrinología.

Desde que se tuvo la sospecha diagnóstica de neoproliferación hasta su confirmación mediante PAFF ecoguiada transcurrieron únicamente doce días, por tanto, se concluye que se

realizaron las actuaciones pertinentes en cada momento de evolución de la enfermedad sin haber incurrido en una dilatación diagnóstica.

7. Inmediatamente tras el diagnóstico fue derivada al Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo con primera visita en marzo de 2022 dónde se solicitó estudio preoperatorio completo y estudio de extensión incluyendo TC cuello-tórax en el que se objetivaron múltiples nódulos en parénquimas pulmonares compatibles con metástasis, los cuáles no fueron visibles en las radiografías de tórax realizadas previamente.

8. En abril de 2022 la paciente acudió a consulta con el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo donde se le informa del resultado de las pruebas complementarias y se resuelven dudas. En ese momento la paciente muestra su confusión puesto que en la consulta del Servicio de Neumología se le comentó posibilidad de tratamiento alternativo a la cirugía según refería, pero se aclaran las dudas de la paciente dando información sobre el diagnóstico y la mejor opción terapéutica en su caso, es decir, la cirugía ya explicada y valorar en un segundo tiempo la administración de I131.

9. La paciente reclama que "la intervención quirúrgica efectuada en fecha 19.04.2022 no se realizó adecuadamente, siendo la causante de las secuelas funcionales". El día 19/04/2022 se llevó a cabo la intervención programada consistente en tiroidectomía total+ VCC + VCL bilateral, cursando tanto la intervención como el postoperatorio sin incidencias.

En la hoja quirúrgica se describe que la intervención fue llevada a cabo con neuromonitorización de los nervios vagos y recurrentes de ambos lados, así como monitorización de los nervios espinal, plexo braquial y frénico de ambos lados, registrando buena señal tanto antes como después de la cirugía.

La neuromonitorización intraoperatoria es una técnica utilizada durante las cirugías para monitorizar la integridad del sistema nervioso en tiempo real mediante el uso de métodos electrofisiológicos, cuya función en ayudar a los cirujanos a identificar y proteger estructuras nerviosas con el objetivo de prevenir daños neurológicos durante la cirugía.

Durante la intervención realizada se llevó a cabo una adecuada neuromonitorización para reducir posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico realizado, descritas en los consentimientos informados explicados y aportados por escrito a la paciente como se describe en la historia clínica y en el informe preceptivo realizado por la Jefa de Sección de Cirugía Endocrina y de Mama, del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En el postoperatorio inmediato la paciente mostró una evolución favorable y durante el ingreso no se describe aparición de parestesias, hormigueo peribucal ni signos o síntomas de hipocalcemia. Tras el alta hospitalaria consultó en el SUH por parestesias en cara, manos y piernas, sin embargo, en menos de una semana tuvo cita de revisión tras la intervención

comentando haber recuperado sensibilidad del pabellón auricular. Además fue valorada por el Servicio de Rehabilitación en julio de 2022 refiriendo la paciente encontrarse sin desviación bucal aunque persistía parestesia en región mandibular derecha para lo cual se le indicó tratamiento farmacológico; sin precisar más seguimiento por este motivo».

5. En este informe del SIP, después de analizarse el referido proceso médico, en los términos ya expuestos, se llega las siguientes conclusiones médicas:

«1. En agosto de 2020 la paciente presentó cuadro clínico compatible con Enfermedad Covid-19 por lo que se realizó prueba diagnóstica siendo positiva, sin proceder en ese momento ningún estudio adicional.

2. A los cuatro meses del proceso infeccioso agudo consultó en varias ocasiones en servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria así como en consulta de su MAP siendo valorada con realización de pruebas complementarias acorde al motivo de consulta, ninguno de los cuáles sugería presencia de cáncer de tiroides. Incluyendo entre éstas las valoraciones en los servicios de urgencias hospitalaria en noviembre de 2021 por hemoptisis y diciembre de 2021 por dolor torácico, en las que se llevó a cabo el protocolo vigente acorde a cada motivo de consulta y se decidió en ambos casos alta domiciliaria dada la estabilidad clínica para continuar estudio ambulatorio por los Servicios de Neumología y Cardiología respectivamente.

3. La paciente refiere que se le indicó tratamiento ansiolítico en contexto de sintomatología por la que consultaba comentándole era consecuencia de la Enfermedad Covid-19 pasada, sin embargo ya tenía tratamiento ansiolítico desde hacía más de un año (pautado en abril 2019).

4. En agosto de 2021 se objetivó bocio por lo que se solicitó ecografía de cuello sin necesidad de estudio urgente dado que no asociaba en ese momento signos de alarma ni alteración de la función tiroidea. A los cuatro meses, en diciembre de 2021, aparecieron adenopatías en el cuello, que si bien podrían estar relacionadas con infecciones respiratorias recientes, motivaron la realización de interconsulta al Servicio de Medicina Interna para estudio junto con otros síntomas persistentes tras Enfermedad Covid-19 pasada. Tenía programada ecografía de cuello en el servicio público de salud en el mes de enero de 2022, pero la paciente haciendo uso de su libertad para elegir, se la realizó ese mismo mes en centro privado.

5. Desde que aportó a su MAP el informe de la ecografía de cuello realizada hasta que tuvo cita con el Servicio de Endocrinología para realización de eco-PAAF pasaron únicamente doce días siendo, completándose el resto de estudios y posterior tratamiento de forma eficiente y adecuada.

6. Tras estudiar en profundidad la historia clínica de la paciente, se concluye que se llevó a cabo toda actuación médica tanto diagnóstica como terapéutica necesaria en cada

una de las valoraciones de la paciente sin incurrir en omisión de exploraciones ni pruebas necesarias en cada momento. Cuando se obtuvo el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides con afectación ganglionar y metástasis pulmonar se llevó a cabo la mejor actuación terapéutica disponible, y posteriormente se ha mantenido un seguimiento estrecho de la paciente con realización de pruebas complementarias y ajustes de tratamiento acorde a los resultados de las mismas, siendo el último rastreo tras la cuarta dosis de I131 negativo, esto es, sin evidencia de enfermedad».

6. En conclusión, se ha demostrado que durante todo el proceso médico mencionado se le realizaron a la interesada todas y cada una de la pruebas diagnósticas adecuadas a los síntomas que iba presentando; y siendo remitida a los especialistas en la materia correspondientes a los problemas médicos que iban apareciendo, según resultaba necesaria su intervención, lo que implica que se puso a su disposición todos los medios materiales y personales con los que cuenta el SCS, haciéndose un uso correcto de los mismos, es decir, actuándose en todo momento conforme a la *lex artis*.

Además, más concretamente, cuando presentó en agosto de 2021 un agrandamiento de su glándula tiroidea no sólo se le derivó al especialista en la materia, sino que se le practicó la prueba adecuada a tal patología, la ecografía de cuello, que si bien determinó la realidad de tal agrandamiento, sin embargo, no se unió a la aparición de ningún síntoma de alarma; máxime, cuando su función tiroidea era normal. En un momento posterior, en diciembre de 2021, cuando se detectó la existencia de adenopatías en el cuello, que se consideró que podían estar relacionadas con la infección respiratoria que padecía, no sólo se le derivó al servicio de endocrinología, sino que se programó una ecografía de cuello para enero de 2022, que no se le efectuó porque voluntariamente la interesada acudió para ello al ámbito de la medicina privada en ese mismo mes.

A mayor abundamiento, la ecografía programada en enero de 2022, en el SCS, con toda probabilidad habría determinado la presencia del carcinoma papilar tiroideo que finalmente padeció la interesada.

7. Por el contrario, la interesada no ha presentado ninguna prueba que acredite lo manifestado en su escrito de reclamación, ni ha logrado desvirtuar el informe del SIP, anteriormente reproducido y, por tanto, no ha demostrado que se haya actuado de forma contraria la *lex artis* dándole diagnósticos erróneos o tardíos.

8. Este Consejo Consultivo, en supuestos en el que, como éste, se aduce por los interesados errores de diagnósticos o diagnósticos tardíos, ha mantenido de forma reiterada y constante la doctrina de la «*prohibición de regreso*», como, por ejemplo, en el Dictamen 640/2024, de 6 de noviembre, en el que se señala que:

«Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso´ a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)"», doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto.

9. Por todo ello, procede señalar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre la prestación del servicio sanitario y los daños reclamados por la interesada, procediendo la desestimación de su reclamación.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada, es conforme a Derecho, de acuerdo con los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.