



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 137/2022

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 7 de abril 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 (EXP. 101/2022 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud 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 dada la cuantía reclamada que asciende a 245.171,93 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (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; 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

\* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

3. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa y, por ende, del derecho a reclamar de (...) al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

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

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.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 Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP, pues la reclamación se interpuso el día 28 de julio de 2017 relativa a un daño personal que quedó perfectamente determinado menos de un año antes de la presentación de dicha reclamación, ya que la última secuela sufrida por el interesado, encefalomalacia parietal derecha, fue detectada el 29 de marzo de 2017, a través del control radiológico al que se sometió, considerándose la misma como una complicación tardía de la intervención quirúrgica que se le practicó durante el proceso médico al que se hará referencia posteriormente.

Además, sobre esta cuestión es preciso hacer constar que la Administración sanitaria, inicialmente, consideró la reclamación como extemporánea, dictando la Resolución del Director del SCS 3646/2017, de 27 de noviembre, por la que se inadmitió la reclamación formulada, contra la que se interpuso recurso de reposición, que fue desestimado a través de la Resolución del Director del SCS 97/2018, de 16 de enero, contra la que, a su vez, se interpuso recurso contencioso administrativo, que dio lugar a la Sentencia firme 23/2019, de 29 de enero, dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 4 de Las Palmas de Gran Canaria, que estimó el mismo por considerar que la reclamación se presentó dentro de plazo.

## II

1. En cuanto al hecho lesivo, procede reproducir lo manifestado en el Dictamen 430/2021, de 16 de septiembre, emitido con anterioridad en relación con este asunto:

*«PRIMERO.- En fecha 21.02.2013 fue realizada RMN craneal a (...) en el SCS ante la existencia de alteraciones neurológicas que interferían negativamente en su funcionamiento global.*

*Tras la práctica de dicha prueba médica, el servicio de Consultas Externas de Neurología del Hospital Dr. Negrín le informa de que su resultado es normal.*

*Ante la persistencia de los síntomas, en abril de 2013 el dicente es nuevamente valorado por el servicio de Consultas Externas de Neurología del Hospital Dr. Negrín significando que se objetiva exploración NRL normal y junto con la prueba de imagen sin hallazgos, se decide alta y control por MAP.*

*SEGUNDO. Dada la persistencia de las alteraciones neurológicas y la nula respuesta de los servicios públicos sanitarios, el dicente en fecha 25.11.14 se realiza TAC CRANEAL en el Hospital (...) que informa con la conclusión diagnóstica de "lesión extraaxial sugestiva de meningioma parietal dcho.", emitiéndose informe por el Servicio de Neurocirugía en fecha 15.12.14 con JD: Meningioma parietal derecho a estudio, recogándose expresamente en el apartado EA: RMN craneal de febrero de 2013 donde ya se insinuaba.*

*TERCERO.- Ante el resultado de las pruebas practicadas, el dicente acude a su médico de AP solicitando en fecha 15.12.14 interconsulta a Neurocirugía con carácter preferente ante los hallazgos radiológicos, solicitándose inclusión en lista de espera en fecha 22.01.15 para el procedimiento quirúrgico "Exeresis del tumor extraaxial cerebral".*

*CUARTO.- En fecha 11.03.15 el dicente acude al servicio de urgencias del hospital Dr. Negrín por presentar crisis de hemiparesias izdas. rápidamente progresivas realizándose en fecha 13.03.15 intervención quirúrgica consistente en "craniotomía, resección de meningioma", con complicación posterior por "Infección de herida quirúrgica por E. Coli", que provocó un nuevo ingreso hospitalario con carácter urgente en fecha 07.04.2015.*

*QUINTO.-En base a lo expuesto, el dicente no ha podido incorporarse a su actividad profesional desde enero de 2015, encontrándose incurso en sucesivos procesos de Incapacidad Temporal que han finalizado mediante resolución administrativa con fecha de registro de salida 07.06.2017 y con REFERENCIA: 2017-502847-10 a medio de la cual la Dirección Provincial del INSS resuelve aprobar con fecha 06.06.2017 la pensión de INCAPACIDAD PERMANENTE en el grado de ABSOLUTA derivada de enfermedad común.*

En fecha 27.02.17 se emitió Dictamen Propuesta del EVI de fecha que establece el siguiente Diagnóstico:

*Meningioma extirpado en 2015 pendiente de rehabilitación por hemihipoestesia izquierda (según informe de neurocirugía). Síntomas aislados en esfera psíquica indicado tratamiento en noviembre/16. Limitaciones orgánicas y funcionales:*

*Paciente con arrastre del pte izquierdo ocasional con antecedentes de extirpación de meningioma en marzo de 2015 sin recidiva actualmente. Sin alteración de la funcionalidad por síntomas en esfera psíquica. Proponiendo al Director Provincial del INSS iniciar un expediente de incapacidad permanente.*

*SEXO. En base al relato de hechos expuesto, se evidencia una inadecuada gestión de la sintomatología que presentaba (...) a principios de la anualidad 2013, por la que fue remitido al Servicio de Neurología del Hospital Doctor Negrín, y pese a los hallazgos evidenciados en la RMN craneal realizada en febrero 2013, no se adoptaron, en tiempo y forma, las medidas terapéuticas adecuadas a los efectos de preservar su integridad física, procediéndose por dicho servicio especializado a emitir el Alta cuando la patología y clínica del dicente se encontraban activas y objetivadas en virtud de la prueba de RMN realizada que se interpreta erróneamente "sin hallazgos" cuando evidenciaba la existencia del Meningioma que ha generado el peregrinaje posterior del dicente por servicios médicos privados para constatar la patología ya presente en febrero de 2013 .*

*La dejación de la asistencia sanitaria por parte de los servicios públicos sanitarios supuso que la afectación neurológica avanzara sin control dando lugar a las crisis que fundamentaron su ingreso de urgencia para la intervención quirúrgica de fecha 11.03.15, debiendo soportar las complicaciones por infección postoperatoria, sin que se haya podido alcanzar la recuperación funcional plena del dicente, presentando secuelas sensitivas y motoras, con afectación además de la esfera psíquica, que han fundamentado su declaración en situación de IPA».*

2. Asimismo, los antecedentes expuestos deben completarse con lo manifestado al respecto por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP), emitido el día 18 de junio de 2018, en el que consta:

*«1.- El 21-02-2013, al paciente se le realiza una RMN Craneal en el SCS. El resultado fue indicado como normal.*

*2.- En abril de 2013 fue valorado en consultas externas del Servicio de Neurología del HUGCDN. La exploración física resultó dentro de lo normal, y en la prueba de imagen no se visualizaron hallazgos significativos. Por todo ello se decide Alta y control por su Médico de Atención Primaria.*

3.- Transcurrieron siete meses, y el 25-11-2014 el paciente se le realiza TAC Craneal -en el ámbito de la medicina privada, Clínica (...)-, en el que se informa de: Lesión extraaxial sugestiva de meningioma parietal derecho.

4.- El 15-12-2014 Atención Primaria de Salud efectúa una interconsulta a Neurocirugía - ante los hallazgos del TAC-, con carácter preferente.

5.- El 22-01-2015, el paciente firma el documento jurídico de Consentimiento Informado, para lesiones hemisféricas, y en esa misma fecha cursa ingreso en la lista de espera quirúrgica del Servicio de Neurocirugía del HUGCDN.

6.- El 11-03-2015 el paciente acude al Servicio de Urgencias del HUGCDN, por presentar hemiparesia izquierda.

7.- El día 13-03-2015, es intervenido quirúrgicamente mediante técnica de craneotomía con resección del meningioma. Sin embargo, tiene lugar una complicación consistente en: Infección de la herida quirúrgica por E. Coli, lo que provocó un nuevo ingreso hospitalario con carácter urgente, en fecha: 07-04-2015.

8.- El 06-06-2017, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) resuelve aprobar pensión de Incapacidad Permanente en grado de ABSOLUTA derivada de enfermedad común.

9.- La situación del paciente es de: Arrastre del pie ocasional tras extirpación de meningioma, actualmente sin recidiva y sin alteración de la funcionalidad. Síntomas aislados en la esfera psíquica iniciando tratamiento en noviembre de 2016».

Además, con la finalidad de clarificar los hechos, es preciso reproducir lo que afirma el SIP en este mismo informe acerca de los meningiomas, que es lo siguiente:

“Los meningiomas son tumores derivados de las meninges, envolturas o capas que envuelven al cerebro y la médula espinal. El 90% de los meningiomas son benignos. Tumores de crecimiento muy lento que se desarrollan a lo largo de muchos años. Aunque su diagnóstico suele ser casual, al ser de crecimiento lento y no dar síntomas se cree que su prevalencia es superior a la que estiman los estudios epidemiológicos y situarse por encima del 1% en personas asintomáticas.

Los meningiomas pueden aparecer en cualquier parte de las meninges; el 90% de estos tumores son intracraneales y los restantes se localizan en el canal vertebral. Se limitan a las meninges, salvo en muy raras ocasiones en las que pueden llegar a invadir el cerebro. Por lo general, la mayoría de meningiomas no producen síntomas y en muchos casos se descubren al realizar una prueba de imagen diagnóstica por otro motivo, lo que hace su diagnóstico incidental o casual. En el caso de que se presenten síntomas, éstos tienen que ver con la zona en la que se localiza el meningioma, con su tamaño y con su ritmo de crecimiento. Crecen de forma muy lenta, incluso a lo largo de muchos años, desplazan el cerebro pero no lo suelen

*invadir (extraparenquimatosos y expansivos) y, al ser de crecimiento muy lento, pueden llegar a alcanzar gran tamaño -el cerebro se va adaptando- sin dar síntomas clínicos”».*

### III

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 28 de julio de 2017.

Posteriormente, después de haberse inadmitido inicialmente la reclamación, tal y como se expuso en el primer Fundamento de este Dictamen, y de haberse sustanciado el ya referido proceso Contencioso-Administrativo, que finalizó con la Sentencia firme 23/2019, de 29 de enero, dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 4 de Las Palmas de Gran Canaria, el día 3 de abril de 2019, se dictó la Resolución núm. 849/2019 de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que en ejecución de Sentencia se admitió a trámite la reclamación formulada.

2. El presente procedimiento cuenta, con dos informes del SIP, dos informes del Servicio de Neurología del HUGCDN y del Servicio de Urgencias de dicho Centro hospitalario. Además, se acordó la apertura del periodo probatorio, sin que se practicara prueba alguna, si bien se aportó un informe pericial, y se le otorgó al interesado el trámite de vista y audiencia, no habiéndose formulado alegaciones.

3. El día 30 de abril de 2021 se emitió Propuesta de Resolución, tras ella consta el Borrador de la Resolución definitiva y el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, para finalmente emitirse el día 8 de julio de 2021 la Propuesta de Resolución definitiva.

4. Esta última Propuesta de Resolución fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo 430/2021, de 16 de septiembre, por el que se requirió al SCS la emisión de un informe complementario a emitir por especialista en la materia distinto del actuante, contestado en él a varias cuestiones, lo cual se hizo correctamente a través de la emisión del informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI).

Posteriormente, se le otorgó nuevamente el trámite de vista y audiencia al interesado, que presentó escrito de alegaciones.

Por último, el día 14 de marzo de 2022 se emitió Propuesta de Resolución definitiva.

5. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver lo que determina que la reclamación de responsabilidad patrimonial se entienda presuntamente desestimada [arts. 21.2, 24.3.b) y 91.3 LPACAP]; sin embargo, aún expirado el plazo máximo para resolver, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP) sin vinculación al sentido del silencio administrativo producido, sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que la demora pueda comportar.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Al respecto se afirma en la Propuesta de Resolución lo siguiente:

*«En el caso que nos ocupa, el reclamante, acude en demanda de asistencia sanitaria, tras haber sufrido traumatismo, realizándose las pruebas diagnósticas precisas encaminadas a obtener un diagnóstico, siendo la clínica que presentaba y el resultado de las pruebas radiológicas normales para los facultativos que las revisaron, médico de primaria, neurólogo y radiólogo, quizás por la localización de la lesión (detrás de las paredes óseas) sin que el reclamante volviera a acudir a los servicios públicos en demanda de asistencia hasta el diagnóstico de noviembre de 2014 (siete meses después), señalando el informe de Inspección y Prestaciones en cuanto al diagnóstico, que con respecto al caso que analizamos y en relación a las pruebas de imagen, estimamos que resultaría fácil diagnosticar sí el tumor se distingue y significa bien radiológicamente. Así, la sospecha diagnóstica siempre se basará en la presencia de síntomas y signos».*

2. 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, 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 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.

3. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito 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).

4. En el caso que nos ocupa, se deduce del escrito de reclamación que el interesado considera que la actuación contraria a la *lex artis* de los servicios sanitarios dependientes del SCS se circunscribe al año 2013 cuando, por los especialistas del SCS, se le dio un diagnóstico erróneo al no detectarle el meningioma que padecía en ese momento, pese a las pruebas adecuadas que se le realizaron, lo que produjo una tardanza excesiva en tratar su patología y derivándose de ello diversas secuelas.

Pues bien, acerca de esta cuestión en el informe del SIP, el cual se ha elaborado basándose en los informes del Servicio, se afirma que:

*«1.- Existen muchos tipos de meningiomas cuyo apellido lo toman de la célula de la que derivan: lipoblásticos, angioblásticos, fibroblásticos, etc. Algunos cambian de aspecto, para mimetizarse con el tejido cerebral y pasar desapercibidos. También se esconden detrás de las paredes óseas -en este caso que analizamos, el parietal derecho- para hacer más difícil su detección. Todo ello puede despistar al Médico Radiólogo más experimentado y en general a cualquier Médico que observe una prueba de imagen.*

*2.- En fecha: 12 de febrero de 2011, el paciente sufrió un Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE), sin pérdida de conciencia por caída casual desde 2 metros de altura. Fue*

valorado en hospital con herida inciso contusa a nivel occipital, precisando 14 puntos de sutura. Deducimos en hipótesis que, como en cualquier TCE se practicaría TAC craneal; pero desde entonces viene padeciendo de vértigo y mareos posicionales.

En fecha: 15 de enero de 2013, de nuevo sufre un golpe con una señal de tráfico que tenía poca altura, en la zona lateral izquierda de la cabeza. Presentó un corte con herida contusa y mínima pérdida de epidermis que no precisó sutura. La exploración neurológica resultó dentro de lo normal.

3.- Con todo ello consideramos en hipótesis argumental que parte de las alteraciones neurológicas -referidas en el escrito de reclamación- pudieran derivarse de estos dos traumatismos en la cabeza, que de algún modo despistarían a los servicios asistenciales, toda vez que aquéllas podrían entremezclarse con la sintomatología que empezaría a surgir procedente del lento crecimiento (de años) del meningioma, que posteriormente se diagnosticaría en 2014. Por lo tanto de haber sido detectado cuando era muy pequeño (15 mm) en la RMN de 21-01-2013 (la detección fue en 2014), con toda probabilidad habría sido postergada su cirugía con control vigilante del crecimiento (retraso intencionado) hasta que aumentase de tamaño, lo suficiente, para ser extirpado con éxito».

A la vista de tales conclusiones, queda acreditado que en los años 2011 y 2013 el interesado presentaba un meningioma parietal derecho, escondido entre las paredes óseas y que por sus propias características, tamaño y el hecho de que los meningiomas se mimetizan con el tejido cerebral, dan lugar a que sea muy difícil detectarlos para cualquier médico incluso empleando una prueba diagnóstica adecuada, como la que en este caso se practicó (RMN) y sin que el informe pericial de parte logre cuestionar la veracidad del informe del SIP y los informes del Servicio, especialmente, cuando en dicho informe pericial se efectúan una serie de afirmaciones que carecen de base objetiva, llegando incluso a afirmarse que se desconoce si en los resultados de las pruebas radiológicas del año 2011 era visible o no el meningioma que padecía el interesado.

Además, también consta acreditado que el interesado en los años 2011 y 2013 sufrió varios accidentes que afectaron a su cráneo, provocando unos síntomas que se podrían confundir razonablemente con los propios de un meningioma, tal y como se expone con claridad en dicho informe.

A mayor abundamiento, en el informe complementario emitido con ocasión de la retroacción del presente procedimiento, emitido por especialista en la materia distinto al actuante, se afirma en relación con esta cuestión que «Los meningiomas con un tamaño de 1,5 cm no se consideran con criterio de tratamiento quirúrgico».

*En la mayoría de los casos son hallazgos incidentales y cuando se diagnostican radiológicamente se realiza seguimiento anual del paciente con estudio de RNM de control para valorar la progresión que generalmente es muy lenta.*

*Este protocolo es aplicable por regla general a los meningiomas de menos de 3 cm clínicamente asintomáticos.*

*A partir de 3 cm o partir del momento en que el paciente comienza con síntomas o signos neurológicos relacionados directamente con las lesiones cuando se considera la intervención».*

De ello se extrae que, incluso si se hubiera detectado el meningioma en el año 2013 con las pruebas que se le hicieron en aquel momento, su tamaño, inferior a 1,5 cm, hubiera impedido su intervención quirúrgica en tal fecha, pues debía esperarse a que el meningioma alcanzara un tamaño superior a 3 cm o desarrollara síntomas específicos de tal patología, sin que pueda obviarse que el interesado había sufrido previamente a su diagnóstico dos accidentes que afectaron a su zona craneal y cuyos síntomas eran también compatibles con los del meningioma, como ya se ha expuesto.

Igualmente, ha quedado acreditado, en virtud de los informes del Servicio, que las secuelas neurológicas que padece el interesado se originaron como consecuencia de la adecuada y necesaria cirugía a la que se le sometió para extirpar su meningioma, secuelas que, de otro lado, se encontraban reflejadas en el documento de consentimiento informado firmado por el reclamante (página 320 del expediente), puesto que se hallan entre los riesgos frecuentes de tal tipo de cirugía.

En este sentido, en el informe complementario se afirma por el especialista, al igual que en los informes anteriores, que *«La encefalomalacia no es consecuencia del diagnóstico tardío, es la cicatriz que inevitablemente queda en la zona cerebral adyacente a la zona quirúrgica y evidentemente es consecuencia natural de la intervención practicada».*

Por todo ello, se considera que el interesado no ha demostrado debidamente la existencia de una actuación del SCS contraria a la *lex artis*, ni que se hubiera incumplido en algún momento la obligación de medios que le es propia.

5. En lo que se refiere a la cuestión relacionada con el error en el diagnóstico inicial, se debe señalar que este Consejo Consultivo ha manifestado en supuestos semejantes al que aquí nos ocupa como, por ejemplo, en su Dictamen 251/2021, de 13 de mayo, entre otros muchos, 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. Finalmente, este Consejo Consultivo ha reiterado en múltiples ocasiones (por todos, dictamen 339/2020, de 18 de septiembre), que según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma no aplicable al presente caso, pero similar al art. 32.1 LRJSP-, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Conforme dispone el art. 77.1 LPACAP en concordancia con la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), 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 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)».*

Pues bien, la doctrina expuesta resulta plenamente aplicable al supuesto que nos ocupa, ya que al reclamante se le practicaron las comprobaciones y exámenes exigibles en función de los síntomas que presentaba, de los antecedentes (accidentes y lesiones craneales previas) y de las circunstancias concurrentes relatadas por el mismo paciente, y pese a ello no fue perceptible el meningioma para los profesionales actuantes debido a su tamaño y lo oculto de su ubicación, como tampoco lo hubiera sido para cualquier especialista en la materia, sin que el

interesado haya aportado prueba alguna que desvirtúe los informes obrantes en este expediente.

Por todo ello procede afirmar que no se ha demostrado la existencia de relación causal entre el adecuado funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por el interesado, por lo que, en consecuencia, procede considerar conforme a Derecho la Propuesta de Resolución.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho, por las razones que se indican en el Fundamento IV del presente Dictamen.