

D I C T A M E N 1 9 8 / 2 0 2 5

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de mayo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), actuando en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 56/2025 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 representante legal de la interesada no ha establecido una cuantía indemnizatoria, pero el SCS considera que la misma, en caso de estimarse, debería ser superior a 60.000 euros (antecedente de hecho séptimo de la Propuesta de Resolución) lo cual determina la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitir Dictamen con carácter preceptivo y de la Sra. Consejera de Sanidad 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 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-.

A este respecto se ha de recordar que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha

* Ponente: Sra. de León Marrero.

modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, mediante su Disposición final sexta, que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

“e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros”.

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

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 (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.

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 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 condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP], actuando su madre, (...), en representación de la misma, toda vez que, tal y como consta en el expediente administrativo, en virtud de Sentencia de 31 de julio de 2000 del Juzgado de Primera Instancia número uno de Las Palmas de Gran Canaria, se constituyó a (...) en estado civil de incapacitación y se rehabilitó la patria potestad de su madre.

En lo que se refiere a 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, mediante el SCS, aun cuando, en este caso, parte de la asistencia sanitaria objeto de reclamación se prestó por el Hospital (...). Por ello, se le atribuye también la legitimación pasiva en el presente procedimiento.

Como se ha manifestado en numerosos dictámenes de este Consejo Consultivo [DDCC 31/1997, de 20 de marzo; 554/2011, de 18 de octubre; 93/2013, de 21 de marzo; 154/2016, de 16 de mayo y 48/2017, de 13 de febrero, entre otros], los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en los arts. 90 y siguientes de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos.

Conforme a la legislación de contratación administrativa, si los centros sanitarios privados, al prestar a los usuarios del servicio público de salud asistencia sanitaria en virtud de un concierto, les causan daños, ellos serán los obligados a resarcirlos, salvo que demuestren que la lesión tuvo su origen inmediato y directo en una orden de la Administración. Por ello, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración titular del servicio público de salud -el SCS en este caso-, como el centro sanitario privado concertado; porque, si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación de éste, entonces estará obligado a resarcirlo.

En definitiva, en el presente procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del SCS, junto a éste, está legitimado pasivamente el centro sanitario privado concertado. Estas razones explican que el instructor haya llamado a dicho hospital al procedimiento -en su calidad de presunto responsable del daño alegado- y le haya dado vista del expediente y trámite de audiencia.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó la reclamación el 23 de noviembre de 2020, respecto a un hecho lesivo que comenzó el 5 de noviembre 2019, cuando la interesada se sometió a la prueba diagnóstica, en la que, según se alega, se produjo el hecho lesivo, siendo dada de alta médica por el hematoma subdural agudo que provocó su hemiparesia izquierda el día 22 de noviembre de 2019 y, además, porque en el momento de presentarse la reclamación todavía no se había podido determinar el alcance de las secuelas de la interesada.

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 lo que se refiere a los antecedentes de hecho, del escrito de reclamación presentado por la representante legal de la interesada se deducen los siguientes hechos:

Que el día 5 de noviembre de 2019, (...) se sometió, en el Hospital (...), a una resonancia magnética de control rutinario, derivada por el SCS. Sin embargo, durante la práctica de esa resonancia, sufrió un hematoma subdural agudo, que le provocó una hemiparesia izquierda, siendo la causa del mismo, según se alega en la reclamación, un golpe en la cabeza que recibió durante la realización de la prueba diagnóstica referida, la cual, a juicio de la reclamante, se efectuó de forma deficiente.

Tras efectuarse la prueba, dados los problemas generados por su práctica, fue trasladada de urgencia al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) y no se le dio el alta hasta el día 22 de noviembre de 2019, sin que en el momento de presentar la reclamación se haya podido determinar el alcance de las secuelas neurológicas que la paciente padece.

Por ello, se reclama la correspondiente indemnización.

2. También en cuanto a los antecedentes de hecho, es preciso reproducir el relato expuesto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS (SIP) de 25 de abril de 2024, relativo, principalmente, a los antecedentes personales de la interesada:

«RELACIÓN DE LOS HECHOS

1.- El presente informe tiene como objetivo, poner en contexto la relación de los hechos con la historia natural de la enfermedad de la paciente y la adecuación de los servicios sanitarios prestados a (...), usuaria femenina nacida en 1980 y con los siguientes antecedentes personales:

Antecedentes Personales:

- *Retraso mental por síndrome genético raro con afectación neurológica.*
- *1980 Adenoidectomía y amigdalectomía.*

- *Obesidad mórbida.*
- *2006 Excéresis de Sinus pilonidal.*
- *2009 cirugía de brazo por pseudoartrosis de humero izquierdo.*
- *2014 y 2015 Cirugía Maxilofacial.*
- *2018 Infección por H. Pylori erradicado.*
- *2018 Resección quirúrgica de Meningioma.*

2.- El día 30/11/2018 Es intervenida por el Servicio de Neurocirugía (NRC) del CHUIMI para quitar un tumor benigno de las meninges que se ubican en la fosa posterior del cráneo, lo que produce una hidrocefalia (acumulación de líquido cefalo-raquídeo en el espacio encefálico) colocándose para su drenaje un sistema de derivación ventricular (conecta el espacio encefálico con el ombligo para drenar el líquido acumulado) el cual se retira el día 17/12/2018 mediante una segunda cirugía. Tras la ésta última y pese a que se explican los riesgos y las complicaciones la madre de la paciente solicita el alta voluntaria.

3.- El día 19/12/2018 Acude a urgencias del CHUIMI por un edema hemifacial derecho, sin manifestaciones neurológicas por lo que descartando causa traumática e infecciosa se decide su ingreso a cargo del Servicio de Neurocirugía para seguimiento, pero la madre de la paciente se niega y solicita el alta voluntaria.

4.- El día 02/01/2019 acude a urgencias del CHUIMI por tumefacción en región occipital tras la neurocirugía, es valorada por el Servicio de NRC quienes solicitan Tomografía de Cráneo (TC) en la cual no aparecen signos de hidrocefalia severa, sin hallazgos significativos ni signos de alarma. Por lo que se le indica el alta médica, recordando los signos de alarma y con control para dentro de 2 semanas.

5.- 05/11/2019 Acude al Hospital (...) para la realización de una Resonancia Magnética (RNM) control previa firma de consentimiento informado, sin contraindicaciones y bajo anestesia general. En donde según la nota del informe del anestesta sufrió cuadro de hipotensión arterial y bradicardia durante el procedimiento, precisando administración de drogas vasoactivas, desarrollando cuadro reactivo de hipertensión arterial que tras controlarse, se procede a despertar a la paciente la cual presentó hemiparesia (dificultad para mover una articulación sin llegar a la parálisis) izquierda. Además refiere que la familiar le había comentado que la paciente presentaba anteriormente dolor en MII y arrastraba la pierna izquierda al caminar.

La RNM concluyó que había una colección laminar subdural derecha (HSD) y en todo el hemisferio derecho, posible colección subdural en región frontal izquierda, existen criterios de hemorragia subaracnoidea (HSA, sangrado por debajo de la meninge aracnoides). Ésta se

inició a las 11 y 30h y se mantuvo en observación a la usuaria hasta las 18 y 30h cuando se decide su traslado a urgencias del CHUIMI.

6. El día 05/11/2019 ingresa a Urgencias del CHUIMI por alteración en la fuerza muscular del miembro inferior izquierdo sin llegar a la parálisis en donde se realiza TC urgente la cual resulta con cambios postquirúrgicos con craniectomía occipital con un hematoma subdural HSD agudo (colección de sangre en el espacio subdural por traumatismo o aneurisma) agudo 17mm de grosor y en el mismo contexto se observa una hemorragia subaracnoidea además de hematomas subdurales agudos afectando a ambos hemisferios cerebrales, con un grosor de hasta 6.7 mm del lado derecho.

Y de acuerdo al buen funcionamiento se completa la valoración de la paciente mediante la realización de un Angio-TC, no objetivando patología aneurismática desencadenante. Por lo que se indica ingreso a cargo del Servicio de NRC el día 06/11/2019.

Posteriormente el 20/11/2019 se realiza TC control con los siguientes resultados: Evolución radiológica favorable de hematoma en hoz cerebral, evolución favorable del hematoma subdural en tentorio y resolución prácticamente total de los signos de HSA.

Por lo que se indica el alta el día 22/11/2019 con diagnóstico de HSD aguda de posible etiología traumática con indicación de rehabilitación para la hemiparesia antes descrita y seguimiento por consulta externa».

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 el día 23 de noviembre de 2020.

El día 2 de febrero de 2021, se dictó la Resolución n.º 667/2021, del Director del SCS, por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. El presente procedimiento cuenta con el informe del SIP, ya referido y los informes del personal médico que atendió a la interesada durante la práctica de la resonancia magnética en el hospital (...), a lo que se añade el informe del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, practicándose las dos pruebas testificales propuestas por la reclamante.

4. Además, se otorgó trámite de vista y audiencia a la interesada y al Hospital (...), que no formularon alegaciones.

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución el día 4 de febrero de 2025. En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta 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, 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 entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

Así, se concluye señalando:

«En este sentido consta en el informe de alta del Servicio de Neurocirugía (folio 1208) de fecha 22 de noviembre que no se refieren antecedentes recientes de TCE, la madre refiere posible golpe en la cabeza durante TC en otro centro sanitario hace unos días.

Por tanto, con motivo de su ingreso en el Hospital Insular tras ser trasladada desde el Hospital (...), la madre de la reclamante refiere posible golpe en la cabeza en otro centro sanitario hace unos días, este dato nos permite excluir que la caída se produjera en Hospital (...), coincidiendo con los informes que se ha incorporado al expediente.

El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones señala en cuanto a los resultados de la RNM del 05/11/2019 que la prueba se realiza con vigilancia en todo momento del personal sanitario incluyendo a la enfermera y médico anestesista, quienes niegan incidencias con el traslado de la paciente. La RNM arroja como resultados: los antecedentes de resección del meningioma pero también menciona que hay signos de hematoma subdural amplio con criterios de hemorragia subaracnoidea lo que podría sugerir un traumatismo craneo-encefálico agudo que pudo haber ocurrido hasta 72 horas antes(3). Si la paciente hubiese cursado con un traumatismo craneo-encefálico en el momento de la prueba no se visualizaría el hematoma, se necesitarían al menos 6 horas para la aparición de los signos radiológicos de hematoma subdural y de hemorragia sub-aracnoidea. (...)

La paciente ingresa a realizarse una RNM de control bajo anestesia general, posteriormente es pasada a recuperación y cuando se objetivó el déficit neurológico fue derivada de forma urgente a su hospital de referencia, en donde es ingresada y protocolizada por el Servicio de Urgencias quienes realizan Tc y angio TC y según los hallazgos deciden

ingresar a cargo del Servicio de Neurocirugía quienes controlan y dan el alta cuando el proceso estuvo resuelto con indicación de seguimiento y rehabilitación.

Por el flujograma de actuación siempre estuvo adecuado al buen funcionamiento del servicio sanitario. Usando técnicas de vanguardia y acordes a la medicina actual y cumpliendo con los tiempos que la atención de la patología exigían.

Por lo tanto, el hematoma necesitaría al menos 6 horas para la aparición de signos radiológicos, por lo que no parece que pudiera producirse durante la realización de la prueba, sino como manifestó la madre de la reclamante a su ingreso en el Hospital Insular días atrás en otro centro sanitario.

Tanto el personal médico como el personal de enfermería que atendió a la paciente en el Hospital (...) han negado que se produjera una caída durante el ingreso de la paciente, y en relación con el episodio de bradicardia que padeció durante la realización de la prueba fue resuelto y no produjo ningún problema en la interesada, por tanto no se objetiva nexo causal entre la prueba realizada y el daño producido. La reclamante no aporta informe pericial o prueba concluyente que permita desvirtuar las conclusiones expuestas en los informes que obran en el expediente».

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel

técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. En este caso, la reclamante considera que el hematoma subdural agudo que ocasionó la patología neurológica que sufre su hija se debió a que, durante la realización de una resonancia magnética el día 5 de noviembre de 2019 en el Hospital (...), sufrió un golpe causado por negligencia del personal sanitario de dicho centro hospitalario que practicó tal prueba, razón por la que se reclama la correspondiente indemnización.

Pues bien, a la hora de analizar esta cuestión, se debe partir, en primer lugar, de dos hechos constatados a través de los informes que figuran en el expediente:

- El origen del hematoma subdural agudo es de carácter traumático. Así consta en el informe del Jefe del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI. Esto implica necesariamente que la lesión neurológica que padece la interesada no se debe a la bradicardia que sufrió durante la ejecución de la referida prueba diagnóstica, puesto que tal bradicardia se resolvió durante la práctica de dicha prueba sin mayor problema.

- Los resultados de la resonancia magnética determinaron la presencia de hematoma subdural amplio con criterios de hemorragia subaracnoidea, lo que podría sugerir que el traumatismo craneo-encefálico agudo pudo haber ocurrido hasta 72

horas antes de tal prueba, pues si la afectada hubiera sufrido un traumatismo cráneo-encefálico durante la resonancia, no se habría visualizado el hematoma durante la realización de la misma, ya que se necesitan al menos seis horas para la aparición de los signos radiológicos de hematoma subdural y de hemorragia sub-aracnoidea, tal y como se expone con toda claridad en el informe del SIP.

4. Asimismo, a la hora de resolver la cuestión de fondo, ha de tenerse en cuenta lo manifestado en el informe del SIP cuando señala:

«1.- El día 05/11/2019 Acude al Hospital (...) para la realización de una Resonancia Magnética (RNM) control bajo anestesia general, prueba que según los consensos se considera necesaria y rutinaria para poder observar la evolución de la cirugía previa en el tejido cerebral y también para poder descartar recidivas del tumor resecado. (...) La prueba de imágenes se tiene que llevar a cabo usando anestesia general debido a los antecedentes personales de la paciente y tanto como la técnica como los fármacos usados por el médico Anestesista eran correctos, también hay que recordar que es una paciente que cuenta con varios antecedentes quirúrgicos por lo que la anestesia no era extraña para ella.

2.- Resultados de la RNM el 05/11/2019: La prueba se realiza con vigilancia en todo momento del personal sanitario incluyendo a la enfermera y médico anestesista, quienes niegan incidencias con el traslado de la paciente. La RNM arroja como resultados: los antecedentes de resección del meningioma pero también menciona que hay signos de hematoma subdural amplio con criterios de hemorragia subaracnoidea lo que podría sugerir un traumatismo cráneo-encefálico agudo que pudo haber ocurrido hasta 72 horas antes (...) . Si la paciente hubiese cursado con un traumatismo cráneo-encefálico en el momento de la prueba no se visualizaría el hematoma, se necesitarían al menos 6 horas para la aparición de los signos radiológicos de hematoma subdural y de hemorragia sub-aracnoidea.

3.- Durante la Realización de la prueba cursó la paciente con hipotensión por lo que se le administraron drogas vasoactivas lo que produjo una hipertensión refleja, logrando estabilizar a la paciente desde el punto de vista hemodinámico, lo cual no pudo haber producido el hematoma subdural ya que éste debió haber sido producido por un traumatismo cráneo-encefálico. (4).

4.- La paciente ingresa a realizarse una RNM de control bajo anestesia general, posteriormente es pasada a recuperación y cuando se objetivó el déficit neurológico fue derivada de forma urgente a su hospital de referencia, en donde es ingresada y protocolizada por el Servicio de Urgencias quienes realizan Tc y angio TC y según los hallazgos deciden ingresar a cargo del Servicio de Neurocirugía quienes controlan y dan el alta cuando el proceso estuvo resuelto con indicación de seguimiento y rehabilitación.

Por el flujograma de actuación siempre estuvo adecuado al buen funcionamiento del servicio sanitario. Usando técnicas de vanguardia y acordes a la medicina actual y cumpliendo con los tiempos que la atención de la patología exigían.

5.- No hay evidencia en la historia clínica de hematomas externos, ni síntomas, ni clínica, ni relatos que apoyen que el paciente se cayera en algún momento o que presentase traumatismo craneo-encefálico moderado, solo los hallazgos radiológicos en la RNM.

6.- Es imposible demostrar que la paciente se cayera durante la realización de la RNM o pensar en la mala realización de la misma y que esto a su vez produjese la hemiparesia izquierda, por lo que no se puede probar la causalidad del daño. En este caso se considera la rigurosa y oportuna aplicación de la ciencia médica en el servicio sanitario prestado con pericia y experticia.

Por lo que y teniendo en cuenta la suficiencia de los recursos empleados, los tiempos, el exhaustivo estudio de los documentos, la evidencia científica y los informes especializados se emite un informe desfavorable, ya que las lesiones no se consideran consecuencia del funcionamiento anormal del servicio sanitario prestado».

5. En el informe del anestesista del Hospital (...) que intervino en la resonancia, se afirma lo siguiente:

«En el servicio de radiología se presenta la paciente (...) acompañada de su madre. Tiene como antecedentes personales padecer de retraso mental, además de ser intervenida quirúrgicamente de meningioma en fosa posterior complicado con hidrocefalia que necesitó una derivación ventrículo peritoneal.

Coordinada para la realización de resonancia nuclear magnética craneal bajo anestesia general, le explico el procedimiento anestésico y el consentimiento informado a su madre la cual da su consentimiento y lo firma.

Se pasa a la paciente a la sala de resonancia, se realiza preoxigenación previo a la inducción anestésica realizada con propofol 200 mg, atropina 0.6 mg y primperam 10 mg intravenoso, en plano anestésico colocamos mascarilla laríngea Nº 4, se realiza el mantenimiento anestésico balanceado con sevoflurano inhalado en ventilación espontánea, tensión arterial de 100/60 mmhg, frecuencia cardíaca de 60 lpm y saturación de oxígeno 100%.

Trascurridos 15 a 20 minutos de misma la paciente sufre bradicardia de entorno 30 a 35 lpm se aplica atropina 0.6 mg intravenoso, concomitantemente hipotensión de 70-80/40 mmhg por lo que se administran efedrina 5 mg mejorando la respuesta a la frecuencia cardíaca necesitando 5 mg más de efedrina para la respuesta de la tensión que llega a 160/80 mmhg, frecuencia cardíaca sinusal de hasta 140 lpm y saturación de oxígeno del 100%, se administra amiodarona 150 mg diluido en 250 ml de suero fisiológico, mejorando el cuadro

hemodinámico y finalizando la educación anestésica con frecuencia cardíaca de 115 lpm, tensión arterial de 120/80 y saturación de oxígeno del 98%. Finalizamos el procedimiento sobre los 30 minutos y una vez despierta la paciente en sala de resonancia explico lo ocurrido a su madre y trasladamos a la paciente de forma habitual al servicio de urgencia para la recuperación post anestésica, se comenta la paciente a los compañeros de guardia médica y de enfermería, se mantiene a la paciente en reposo y control de constantes vitales estables.

Pasado un tiempo valoro nuevamente a la paciente y me informan de que está con alteración en la marcha cuando le ayudan a ir al baño, la encuentro vigil, responde órdenes sencillas, es difícil valorar por sus antecedentes, moviliza miembros superiores e inferiores, a la marcha que realiza delante de mí, se aprecia que arrastra el pie izquierdo.

Le explico a su madre que voy a solicitar el traslado de la paciente al hospital Materno Insular de donde se refiere.

Paso a llamar al servicio de urgencias de dicho hospital y hablo con un médico de guardia explico el caso y le aclaro que le mando un informe de lo ocurrido y además en CD de las imágenes de la resonancia magnética craneal para que puedan ver las mismas, no está el informe del radiólogo que se realiza el día siguiente. Llamo directamente yo mismo al servicio 112 entre las 15 a 16 hs aproximadamente y solicito el traslado a urgencias del Hospital Materno Insular en ambulancia.

Quiero reseñar y aclarar como ya lo hice en el informe anteriormente presentado que no hubo ni golpe o caída de la paciente durante el desarrollo de la anestesia ni en el periodo de recuperación post anestésica en urgencias del (...)

Y cito tal cual los hallazgos radiológicos del informe de la resonancia nuclear magnética:

Colección laminar subdural derecha en todo el hemisferio derecho, clivus y línea media. Pequeña colección subdural en región frontal izquierda, existen criterios de HSA.

Masa de 20 mm en fosa posterior, tectorio trayecto del seno recto: ver si se corresponde con meningioma reseñado en datos clínicos. Hay una segunda lesión de 11 mm en el lado izquierdo del seno recto, hay una craneotomía en fosa posterior y en región frontal derecha este último en relación a la introducción de un PIC.

No desviación de línea media. No asimetría sistema ventricular. Buena diferenciación sustancia gris-B. No incremento de tamaño sistema ventricular».

6. Pues bien, todo lo expuesto permite considerar que ha resultado debidamente acreditado que el hematoma subdural padecido por la interesada no se produjo a causa de una *mala praxis* durante la práctica de la resonancia magnética referida. Es decir, el personal sanitario del Hospital (...) actuó en todo momento de forma correcta sin haberle causado golpe alguno a la afectada.

Así, del conjunto de informes que figuran en el expediente, se constata que el hematoma subdural padecido solo pudo haberse producido por un traumatismo producido en fechas previas a la realización de la prueba mencionada, constando incluso en el informe de alta del Servicio Neurocirugía del CHUIMI, que la madre de la interesada había indicado al personal sanitario que su hija había sufrido un golpe en la cabeza, según dijo, en otro Centro hospitalario días antes de efectuarse la prueba referida en el Hospital (...)

Por el contrario, la representante de la interesada no ha presentado prueba alguna que permita entender acreditado que su hija sufriera un traumatismo durante la realización de la prueba mencionada, ni tampoco ha logrado desacreditar los informes médicos que el SCS ha presentado con ocasión de este procedimiento de responsabilidad patrimonial.

7. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 159/2025, de 24 de abril, se ha señalado:

«En cuanto a la necesidad de acreditar la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el funcionamiento del servicio público, también este Consejo Consultivo ha señalado de forma reiterada y constante, como por ejemplo se hace en el Dictamen 411/2019, de 19 de noviembre, que: « (...) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general de los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Sobre la Administración 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 aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

Este criterio sobre la carga de la prueba resulta aplicable también en el presente asunto.

8. Por lo expuesto, se ha de considerar que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el actuar administrativo y el daño reclamado por la

representante legal de la interesada, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por la misma.

C O N C L U S I Ó N

Se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.