Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 20 de mayo 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 (...), actuando en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 181/2025 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 interesada no ha establecido una cuantía indemnizatoria, pero considera que la misma debería ser superior a 50.000 euros y la Administración, a su vez, entiende que en caso de estimarse la reclamación formulada la indemnización debería ser superior a 60.000 euros, todo 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, si bien no afecta al presente supuesto, que la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

Autónoma de Canarias para 2025 ha 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 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.a) LPACAP].

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 la Clínica (...), de titularidad de la

entidad mercantil (...). 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 la empresa propietaria de 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 13 de marzo de 2024, respecto a un hecho lesivo que comenzó en 2022, que dio lugar, tras el correspondiente proceso médico, a una intervención quirúrgica de urgencia el día 22 de marzo de 2023 y porque en el momento de presentarse la reclamación todavía no se había podio determinar el alcance definitivo 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, en el escrito de reclamación presentada por los representantes de la interesada se manifiesta lo siguiente:

«PRIMERO.- En octubre del año 2022, Dª (...), aficionada al deporte y nacida el 31 de agosto de 1991 (Documento nº2), sufrió un accidente practicando Surf que le dejó con un gran dolor lumbar.

En un principio no acudió con el médico de cabecera, pues se acababa de mudar a la localidad de San Bartolomé de Tirajana (Las Palmas) y la solicitud empadronamiento se encontraba todavía en trámite (Documento nº3).

SEGUNDO.- En enero del 2023, y al ver que la clínica no mejoraba tras recibir tratamiento de fisioterapia, (...) decidió acudir directamente al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de la localidad de Maspalomas del municipio de San Bartolomé de Tirajana.

En consulta la paciente refirió que había estado sufriendo de dolor lumbar desde el día del accidente –hacía más de dos meses -. No se realizó resonancia magnética (RM), se hizo una radiografía, y se dio de alta con el diagnóstico de lumbalgia junto con la toma de tratamiento analgésico, sin la pauta de pruebas médicas adicionales (Págs. 1- 3 de historia clínica de la administrada que adjuntamos enumerada como Documento nº4).

TERCERO.- A finales del mes de febrero el dolor persistía pese al tratamiento de fisioterapia y el tratamiento analgésico, por esa razón, en cuanto tramitó el padrón decidió pedir cita con su médico de familia, asignándose consulta para tres semanas más tarde (23 de marzo del 2023).

CUARTO.- El cuadró empeoró al punto que (...) refiere llegar a desmayarse del dolor en varias ocasiones y tener el pie caído. La llevaron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario (...) el 14 de marzo del 2023 por dolor lumbar que irradiaba a la pierna izquierda. No se hizo RM pese a solicitarlo la paciente de forma expresa en varias ocasiones, y se realizó una radiografía que no mostró signos de lesión ósea aguda.

La exploración lumbar objetivó dolor y contractura de los músculos paravertebrales izquierdos junto con prueba positiva de M. Lassegué y Bragar en MMII a partir de 45 grados, aun con ello no se valoró la posibilidad de hernia y de que esta pudiese estar comprometiendo el nervio ciático, de esta forma, y sin indicación de más pruebas médicas, se dio de alta a la paciente con el diagnóstico de lumbalgia con ciática en lado no especificado (Págs. 4-6 de Documento nº4).

QUINTO.- Los síntomas se agudizaron y el 19 de marzo del 2023 nuestra mandante regresó a urgencias donde volvieron infravalorar la clínica de la paciente, limitándose a darle el alta con la pauta de Valium y Zaldiar entre otros analgésicos (Págs. 7-8 de Documento nº4).

SEXTO.- El 22 de marzo del 2023 (...) acudió como estaba previsto a la cita que tenía pendiente con su médico de cabecera. Para ese entonces ya no se mantenía en pie, el dolor era incapacitante, y no podía si quiera flexionar o mover el tobillo izquierdo.

A la vista del grave estado, desde el centro de salud se derivó a (...) a urgencias para valoración con el servicio de Neurología y Neurocirugía (Pág. 9 de Documento nº4).

SÉPTIMO.- Ya en urgencias del Hospital Insultar de las Palmas, se realizó RM que objetivó lo siguiente: "Extensa extrusión discal L4-L5 con rotura del anillo fibroso y migración craneal del núcleo pulposo que llega a contactar con el disco del nivel superior. Condicional una obliteración prácticamente completa del saco dural con posible compromiso de todas las raíces que descienden a este nivel (no se observa LCR a esa altura) y desplazamiento del saco dural hacia la derecha. Estenosis foraminal L4- L5 izquierda. Protusión discal central L4-L5 con fisura radial, sin clara compresión del saco dural. En los tres niveles descritos se objetivan deshidratación, y disminución de la altura intervertebral con signos de cambios degenerativos osteodiscales. Otros hallazgos: A nivel pélvico (probablemente dependiente del anejo derecho) se identifica una lesión de predominio quístico, de aproximadamente 45 mm y con contenido en región declive, compatible con quiste hemorrágico como primera probabilidad. No obstante, se recomienda valoración dirigida por ginecología" (Págs. 16-17 de Documento nº4).

A la vista del resultado de la RM (...) fue llevada a quirófano por requerir cirugía urgente (Págs. 11-12 de Documento nº4), siendo intervenida la misma noche del 22 de marzo del 2023 por diagnóstico principal de una gran Hernia discal extruida L4-L5 (Folio 13-15 de Documento nº4).

En la actualidad nuestra mandante no puede caminar mucho si no es con asistencia, además de no poder correr o realizar cualquier tipo de actividad física que implique un esfuerzo considerable debido al dolor y a la falta de fuerza.

OCTAVO.- Lo anterior expuesto demuestra que la asistencia médica que ha recibido nuestra mandante no se ajustó a la "lex artis ad hoc" al no diagnosticarse pese a las numerosas visitas médicas, ni tratarse la hernia que padecía, lo que provocó que la patología evolucionara y a día de hoy la administrada sufre de pérdida de fuerza, pérdida de motricidad, y dolor crónico, además de una gran merma psicológica por no poder desarrollar con normalidad las actividades de su vida cotidiana.

NOVENO.- Para concluir, señalar que existe una relación de causalidad cierta y directa entre las actuaciones médicas descritas y los daños que sufre la paciente, si bien al no estar completamente estabilizadas se concretaran y cuantificaran en momento posterior, tomando como referencia el baremo establecido por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación».

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 4 de febrero de 2025:

«1.- El 9 de enero de 2023, a las 14:24 horas, (...), de 31 años, acudió al Centro de Salud de Maspalomas (Gran Canaria), siendo atendida en el Servicio de Urgencias. La paciente refirió un dolor lumbar de cinco días de evolución, asociado a un esfuerzo físico previo.

Se practicó examen físico exhaustivo en donde no se evidenció déficit neurológico y se diagnosticó lumbalgia. Por ello se emitió pauta con diclofenaco, metocarbamol y omeprazol, solicitando radiografía de columna lumbar con carácter urgente, en donde no se evidenciaron signos de lesiones óseas agudas. Por lo que se emitió el alta médica por mejoría.

2.- El 14 de marzo de 2023, a las 19:34 horas, (...)B.G acudió al Servicio de Urgencias de Hospitales (...) refiriendo dolor lumbar irradiado hacia la pierna izquierda, con dos días de evolución.

Durante el examen físico se documentó un cuadro de limitación en la movilidad de la región lumbar, contractura de los músculos para-vertebrales y pruebas positivas de Lassegué y Bragar a partir de 45 grados en el miembro inferior izquierdo, compatibles con irritación del nervio ciático.

Se realizó una radiografía de columna lumbar con carácter urgente, que no mostró signos de lesión ósea aguda. La impresión diagnóstica fue de lumbalgia con ciática. Debido a que no existían signos de alarma se prescribió tratamiento analgésico con Enantyum ® endovenoso, tramadol endovenoso y Primeperan ® endovenoso. Más tratamiento domiciliario con antiinflamatorios y opioides, además de reposo y seguimiento por su médico de atención primaria.

La paciente fue dada de alta ese mismo día, con indicaciones de acudir nuevamente a urgencias en caso de empeoramiento y seguimiento posterior por su médico de cabecera.

3.- El 19 de marzo de 2023, a las 13:22 horas, (...) acudió al Servicio de Urgencias de Hospitales (...) debido a un dolor lumbosacro irradiado hacia el miembro inferior izquierdo. La paciente refirió un empeoramiento de la clínica desde la mañana de ese mismo día.

En la exploración física se objetivó dolor y contractura en los músculos para-vertebrales izquierdos, limitación en los arcos de flexo-extensión y lateralización lumbar, y pruebas de Lassegué y Bragar positivas a partir de 45 grados en el miembro inferior izquierdo. No presentó déficit motor ni alteración sensitiva, y los reflejos osteotendinosos en los miembros inferiores fueron conservados y simétricos.

Se realizó una radiografía de columna lumbar anteroposterior y lateral que no mostró signos de lesión ósea aguda. La impresión diagnóstica fue "lumbago con ciática. En urgencias,

se administraron analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios por vía intravenosa, incluyendo Valium® , omeprazol, dexketoprofeno y tramadol.

La paciente fue dada de alta con indicación de reposo funcional en posición lateral y tratamiento farmacológico. Se recomendó seguimiento con su médico de atención primaria y se le advirtió que el diagnóstico no era definitivo, debiendo acudir a revisión en caso de empeoramiento.

4.- El 22 de marzo de 2023, (...), de 31 años, acudió al Centro de Salud de Maspalomas, refiriendo un cuadro de lumbalgia y ciatalgia importantes que evolucionaron tras un accidente practicando surf seis meses antes.

En la exploración física, se observó que la paciente era incapaz de flexionar o extender el tobillo izquierdo, no asociando este déficit a dolor. También refirió molestias en la región gemelar y alteración en la marcha. Las pruebas de Lassegué y Bragar fueron negativas. Se realizó una radiografía que no mostró alteraciones óseas agudas.

Dada la clínica de pérdida de fuerza completa con dolor en la articulación del tobillo y la evolución de la clínica, la paciente fue derivada a valoración urgente por los servicios de Neurología y Neurocirugía del Hospital Universitario Materno- Infantil.

5.- El 22 de marzo de 2023, (...) ingresó en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil por un cuadro de pérdida de sensibilidad en el miembro inferior izquierdo y dificultad para la marcha, asociado a dolor intenso. Según el relato de la paciente, los síntomas habían evolucionado durante 20 días, con empeoramiento en los últimos tres, pese al manejo con analgesia.

En la exploración física, presentó dificultad para la flexión plantar del miembro inferior izquierdo, reflejo rotuliano disminuido y signos positivos de Lassegué y Bragar. (Signos que si hablan de compresión radicular).

Se Solicitó Resonancia Magnética (RM) urgente sin contraste, la cual evidenció una extensa extrusión discal L4-L5 con rotura del anillo fibroso y estenosis del canal medualr, obliteración del saco dural y compromiso de las raíces nerviosas, junto con otros hallazgos de degeneración discal.

Sería explorada el mismo día por los Servicios de Neurología quienes tras exploración física y evidencia de signos neurológicos propusieron valoración inmediata por el Servicio de Neurocirugía.

Se concluyó la necesidad de cirugía urgente debido a la presencia déficit neurológico (sensitivo, motor y arreflexia) con hernia discal, confirmada por pruebas complementarias. La paciente fue trasladada a quirófano desde el servicio de urgencias; se administró dolantina y metilprednisolona, se realizó la valoración pre-anestésica y se firmó el consentimiento informado.

6.- El mismo 22 de marzo de 2023, se realizó intervención quirúrgica urgente, llevándose a cabo hemilaminectomía L4-L5 y disección muscular. Se utilizó separación micro-quirúrgica para liberar las raíces afectadas, comprobando su permeabilidad al finalizar el procedimiento. La cirugía transcurrió sin incidencias, con cierre por planos y hemostasia adecuada.

Tras la intervención, la paciente evolucionó de forma favorable, con alivio significativo del dolor y mejora parcial en la fuerza del miembro inferior izquierdo. Fue dada de alta el 24 de marzo de 2023, con medicación ambulatoria para el control del dolor, indicación de continuar rehabilitación física y seguimiento en consulta externa de Neurocirugía.

7.- El 17 de abril de 2023, a las 10:36 horas, la paciente acudió a cura y seguimiento; se valoró la herida quirúrgica con mejoría respecto a la semana anterior. No presentó fiebre ni signos de infección. Se observó una leve salida de material seroso en el borde inferior de la herida, que fue enviado a cultivo. Se informó a la paciente que se estaría pendiente del resultado del cultivo para valorar la necesidad de antibioterapia. Se programó una nueva cita para el 25 de abril de 2023.

8.- El 25 de abril de 2023, en sala de curas, se constató un buen aspecto de la herida, que estaba cerrada. El resultado del cultivo fue negativo. Se procedió al retiro de la mitad de los puntos y se programó una nueva cita para el 2 de mayo de 2023 para completar la retirada de puntos. La paciente fue informada de la evolución favorable.

9.- El 2 de mayo de 2023, en sala de curas, se observó que la herida estaba en perfecto estado, completamente cerrada, sin puntos ni grapas y sin signos de inflamación. La flexión dorsal en los miembros inferiores había mejorado aún más. Se decidió continuar el seguimiento por las consultas externas de neurocirugía.

10.- El 12 de junio de 2023, a las 09:21 horas, en la Unidad de Lesionados Medulares (ULM), (...) acude a consulta para seguimiento de su evolución tras cirugía de hemilaminectomía y discectomía L4-L5.

La paciente refirió mejoría del dolor y ganancia de fuerza con el tratamiento rehabilitador. A la exploración, presentó molestia leve a la palpación para-vertebral lumbar, movilidad algo limitada. Mejorando la fuerza muscular y la estabilidad, sin signos de irritación del nervio ciático.

Por lo que se indicó continuación del tratamiento rehabilitador con enfoque en potenciación muscular y medidas analgésicas según necesidad.

11.- El 21 de junio de 2023, (...) es valorada por el Servicio de Rehabilitación del CHUIMI para seguimiento de su evolución tras la cirugía de hernia discal lumbar. Como parte del tratamiento rehabilitador, se administró termoterapia, ejercicios fortalecedores de columna y miembros inferiores, electroestimulación neuromuscular (ENS) para la extensión plantar

(tibial y peroneos), tabla E, H-postural (patrones de respuesta postural) y facilitación neuromuscular propioceptiva, además de terapia con carga progresiva en pie izquierdo.

Tras este abordaje, se observó mejoría en el dolor y ganancia de fuerza. A la exploración, la paciente presentó leve molestia a la palpación para-vertebral lumbar, movilidad limitada en los últimos grados de flexión. Se evidenció marcha con buen patrón, aunque con dificultad para la elevación del pie izquierdo, cicatriz en proceso de cicatrización, balance muscular en cadera y rodilla 4+/5, extensión plantar 3/5 y leve atrofia muscular en la pierna izquierda.

Dada la evolución de la paciente, se recomendó que fuera valorada por su médico de referencia y por comisión médica para decidir la continuidad del tratamiento rehabilitador. En caso de considerarse oportuno, se podría enfocar en disminuir el dolor, mejorar balance articular y muscular, y optimizar la marcha.

12.- El 31 de octubre de 2023, a las 13:08 horas, (...) acudió a consulta sucesiva Mostró una evolución clínica positiva, con mejoría significativa de la paresia del pie izquierdo. La fuerza en los miembros inferiores era de 5/5 y no se objetivaron déficits neurológicos, presentó una flexión dorsal de 3/5 y recuperación de la sensibilidad en el dermatoma L5. No refirió lumbalgia y se encontraba satisfecha con los resultados.

La exploración evidenció una herida quirúrgica cerrada en su totalidad, sin salida de material seroso ni signos de infección. Se programó una revisión en la sala de curas para el 17 de abril de 2023. Se indicó el inicio de rehabilitación física. Se indicó la realización de una RM de control de la columna lumbar y se programó una nueva revisión para el próximo año.

13.- El 14 de febrero de 2024, (...), de 31 años, fue sometida a una resonancia magnética (RM) de columna lumbar sin contraste en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, como parte del seguimiento de una hernia discal extrudida L4-L5.

La paciente fue valorada nuevamente, donde presentó mejoría significativa de la paresia del pie izquierdo y recuperación parcial de la flexión dorsal. Durante la revisión, se constató que no presentaba lumbalgia, y la herida quirúrgica mostraba bordes inflamados, pero sin signos de infección o supuración. La paciente refirió molestias lumbares menores, consideradas normales para su evolución.

La resonancia magnética realizada evidenció los siguientes hallazgos:

• Extensa hernia discal L4-L5 con migración cefálica del núcleo pulposo y compromiso parcial del canal central.

• Protusión discal L5-S1 sin compromiso radicular significativo.

• Cambios Modic tipo 1 en L4-L5. (inflamatorios).

• Rectificación de la lordosis fisiológica lumbar.

• Cambios artrósicos facetarios en los últimos dos espacios lumbares.

Se informó a la paciente que la evolución clínica es positiva y que las molestias actuales se encuentran dentro de la normalidad postquirúrgica. Se recomendó continuar con el seguimiento y realizar una nueva valoración con RM de control el próximo año.

14.- El 7 de abril de 2024, a las 16:45 horas, (...) acudió a consulta sucesiva tras la intervención quirúrgica realizada el 22/03/2023. La paciente presentó mejoría de la parresia del pie izquierdo, con flexión dorsal 3/5 y recuperación de la sensibilidad en el dermatoma L5. No refirió lumbalgia y se mostró satisfecha con la evolución clínica. Durante la exploración, se constató que la herida quirúrgica estaba cerrada, sin signos de infección ni complicaciones. Se programó revisión en sala de curas y seguimiento por El Servicio de Rehabilitación.

15.- El 19 de abril de 2024, (...) acudió a consulta con el Servicio de Neurocirugía debido a persistencia de lumbalgia intensa irradiada a miembro inferior izquierdo, requiriendo el uso de ayuda para la deambulación.

Se revisaron los resultados de la RMN realizada el 14 de febrero de 2024, en los que se evidenció una mejoría imagenológica de la hernia de L4-L5 operada, en comparación con la RMN de marzo de 2023. No obstante, se identificó discopatía moderada a nivel L4-L5 con signos de esclerosis ósea.

Por lo que se consideró que la paciente reunía criterios quirúrgicos para un procedimiento PLIF/TLIF en L4-L5 izquierdo (es una cirugía de fusión vertebral utilizada para tratar patologías de la columna lumbar, como hernia discal) además de resecar el remanente de hernia discal lumbar presente.

Finalmente, durante el año 2024 consta que la paciente acudió en diferentes oportunidades a ajuste de terapia analgésica por atención primaria en fechas 02/02/2024, 08/02/2024, 10/04/2024, 16/07/2024, 04/09/2024».

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 13 de marzo de 2023.

El día 22 de abril de 2024, se dictó la Resolución n.º 231/2024 de la secretaria General 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 de Atención Primaria que atendieron a la interesada.

Además, la entidad mercantil propietaria de la referida Clínica (...) presentó un informe médico-pericial relativo al análisis pormenorizado de la actuación médica que tuvo lugar en el mismos los días 14 y 19 de marzo de 2023, en relación con la interesada, manifestándose al respecto que:

«Valoración de praxis de los facultativos de urgencias de Clínica (...)

Queda acreditado que al paciente sufrió cuadro de dolor lumbar en octubre del 2022 tras traumatismo practicando surf que mejoró completamente aproximadamente en enero del 2023, siendo atendida en esas fechas en Centro de Salud Maspalomas.

Posteriormente la paciente sufre nuevo cuadro de lumbalgia asociando ciatalgia izquierda precisando acudir el día 14/03/2023 a urgencias del Hospital (...) por sintomatología desde hacía 2 días. Y posteriormente el 19/03/2023 vuelve a acudir por reagudización del cuadro.

Se sabe que la mayor parte de los cuadros de lumbalgia y lumbociatalgia son de etiología desconocida o inespecífica, siendo menos del 1% secundarias a patologías graves como un síndrome de compresión medular, fractura vertebral, metástasis vertebral o patología tumoral, etcétera.

Queda acreditado que en el momento de la asistencia prestada esos días por parte de los facultativos del Hospital (...) que:

• presentaba menos de una semana de evolución de la sintomatología, es decir se trataba de un cuadro agudo de lumbociatalgia.

• no hubo nuevo traumatismo lumbar que desencadenase el cuadro de lumbociatalgia.

• NO presentaba ningún déficit neurológico en el momento de la asistencia realizada en urgencias esos dos días, quedan escrito en el informe que la paciente no presentaba ni déficit sensitivo ni motor.

• No existía ningún otro criterio de alarma que indicara la necesidad de realizar una RM urgente como se reclama en la demanda. Obsérvese el siguiente listado de signos de alarma por los que se debería haber indicado una RM urgente:

La paciente fue valorada posteriormente el día 22/03/2023 por el Médico de Atención Primaria en C.S Maspalomas. En ese momento el facultativo sí observa criterio de alarma neurológica (déficit motor del miembro inferior izquierdo al no poder realizar flexoextensión de tobillo), y por ello se deriva a Urgencias del Hospital Insular de Canarias donde realizar RM urgente.

La RM es una prueba de diagnóstico por imagen que no está disponible para uso rutinario en la urgencia, precisando de criterio de alarma o emergencia para su indicación.

La asistencia habitual para este tipo de patología consiste en la anamnesis y exploración del paciente para descartar criterios de alarma y control analgésico. Como ejemplo tenemos el algoritmo realizado por el grupo de investigación MAPAC-imagen II del Hospital (...) de Madrid, que tras su análisis puedo concluir en que:

• En los días 14/03/2023 y 19/03/2023 no existían criterios para indicación de RM urgente puesto que no existía ningún déficit neurológico.

• El día 22/03/2023, una vez se observa el déficit motor del miembro inferior izquierdo, se cumplen criterios para la realización de una RM urgente con el fin de descartar causa compresiva de la raíz nerviosa.

Por tanto, considerar que se debería haber realizado una RM urgente en el momento de la asistencia realizada en el hospital (...) es una evidente interpretación expost de los hechos, una vez conocido el desenlace posterior de los hechos.

Afirmándose que la actuación realizada por parte de los facultativos de la Clínica (...) fue la habitual para pacientes con este tipo de sintomatología y acorde a la "lex artis".

Supuesta pérdida de oportunidad por no realizar RM en el momento de asistencia de urgencias en la Clínica (...)

Se está reclamando por una supuesta pérdida de oportunidad por no haber realizado RM lumbar durante la asistencia realizada en el Hospital (...) los días 14/03/2023 y 19/03/2023, puesto que de haberse realizado se podría haber objetivado la Hernia discal e hipoteticamente haberse evitado el desenlace ocurrido.

Analizando la cuestión planteada no se considera que haya existido pérdida de oportunidad por los siguientes motivos:

• Lo primero es reiterar que no existían criterios de alarma neurológica (déficit motor) en el momento de la asistencia en urgencias del hospital (...), y, por lo tanto, no había criterios de solicitar RM lumbar.

• En caso de haberse realizado y haberse diagnosticado la Hernia discal lumbar L4-L5 no hubiera cambiado el desenlace puesto que el tratamiento de la mayoría de las hernias discales es conservador con analgésicos y no quirúrgico.

• Las indicaciones del tratamiento quirúrgico son:

◦ Déficit neurológico motor

◦ Síndrome de cauda equina

◦ Refractariedad de dolor radicular tras al menos 6 semanas de tratamiento conservador

• Es importante entender que el motivo de la cirugía realizada en el Hospital Insular de Canarias fue una hernia discal lumbar asociada a déficit neurológico y no sólo al diagnóstico de la hernia discal.

• Debido a que la paciente no presentaba criterios quirúrgicos en el momento de asistencia en el hospital (...) (no presentaba déficit motor), a pesar de haberse diagnosticado de hernia discal lumbar el tratamiento hubiera sido igualmente conservador y no quirúrgico. Por tanto, no hubiera cambiado la actitud ni el pronóstico de la paciente.

Por otro lado, la asistencia prestada el 22/03/2023 por parte del Hospital Insular de Canarias fue correcto:

• Se solicitó RM lumbar por presentar déficit neurológico y se diagnosticó hernia discal

• Ante un cuadro déficit neurológico por causa compresiva (hernia discal) la cirugía estaba indicada.

• La técnica quirúrgica, microdiscectomía discal, fue adecuada.

Por lo que no existió mala praxis por parte de los facultativos de la Sistema Canario de Salud en la asistencia prestada a (...)

1. (...) en octubre del año 2022 sufrió un accidente practicando Surf que le dejó con un gran dolor lumbar. En enero del 2023 acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de la localidad de Maspalomas donde se realizó una radiografía, y se dio de alta con el diagnóstico de lumbalgia junto con la toma de tratamiento analgésico.

2. La paciente mejoró, pero el 14/03/2023, acude al Servicio de Urgencias de Hospital (...), por recidiva del dolor lumbar que irradiaba a la pierna izquierda de 2 días de evolución sin déficit neurológico, se realizó una radiografía que no mostró signos de lesión ósea aguda, se pautó analgesia parenteral y se derivó a su médico de Atención Primaria. El 19/03/2023 acude al mismo centro por reagudización de sintomatología dolorosa sin déficit sensitivo ni motor, y se pautó analgesia y fue dada de alta.

3. El 22/03/2023 acudió a consulta del Médico de Atención Primaria, donde se objetiva déficit motor de la flexoextensión del tobillo izquierdo y derivó al servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Insultar de las Palmas. Se realizó RM lumbar y se diagnosticó de Hernia Discal Lumbar L4-L5 extruida y se intervino quirúrgicamente realizándose microdiscectomía.

4. La mayor parte de los cuadros de lumbalgia y lumbociatalgia son de etiología desconocida o inespecífica (más del 85% de los casos), siendo menos del 1% secundarias a patologías graves como un síndrome de compresión medular, fractura vertebral, metástasis vertebral o patología tumoral, etcétera.

5. Queda acreditado que en el momento de la asistencia prestada los días 14/03/2023 y 19/03/2923 por parte de los facultativos de la Clínica (...) que:

◦ presentaba menos de una semana de evolución de la sintomatología, es decir se trataba de un cuadro agudo de lumbociatalgia

◦ *no hubo nuevo traumatismo lumbar que desencadenase el cuadro de lumbociatalgia.*

◦ *No presentaba ningún déficit neurológico en el momento de la asistencia realizada en urgencias esos dos días, quedan escrito en el informe que la paciente no presentaba ni déficit sensitivo ni motor.*

◦ *No existía ningún otro criterio de alarma que indicara la necesidad de realizar una RM urgente como se reclama en la demanda.*

6. La paciente fue valorada posteriormente el día 22/03/2023 por el Médico de Atención Primaria en C.S Maspalomas. En ese momento el facultativo sí observa criterio de alarma neurológica (déficit motor del miembro inferior izquierdo al no poder realizar flexoextensión de tobillo), y por ello se deriva a Urgencias del Hospital Insular de Canarias donde realizar RM urgente.

7. Atendiendo al algoritmo realizado por el grupo de investigación MAPAC-imagen II del Hospital (...) de Madrid podemos concluir que:

◦ *En los días 14/03/2023 y 19/03/2023 no existían criterios para indicación de RM urgente puesto que no existía ningún déficit neurológico.*

◦ *El día 22/03/2023, una vez se observa el déficit motor del miembro inferior izquierdo, se cumplen criterios para la realización de una RM urgente con el fin de descartar causa compresiva de la raíz nerviosa.*

8. Considerar que se debería haber realizado una RM urgente en el momento de la asistencia realizada en el hospital (...) es una evidente interpretación expost de los hechos, conociendo una vez conocido el desenlace de la historia clínica.

9. Por lo que no se considera que haya existido ninguna pérdida de oportunidad por falta de no haberse diagnosticado la hernia discal previa al día 22/03/2023 por los siguientes motivos:

◦ *En caso haberse diagnosticado la Hernia discal lumbar L4-L5 no hubiera cambiado el desenlace puesto que el tratamiento de la mayoría de las hernias discales es conservador con analgésicos y no quirúrgico.*

◦ *Las indicaciones del tratamiento quirúrgico son:*

a. Déficit neurológico motor

b. Síndrome de cauda equina

c. Refractariedad de dolor radicular tras al menos 6 semanas de tratamiento conservador

◦ *Es importante entender que el motivo de la cirugía realizada en el Hospital Insular de Canarias fue una hernia discal lumbar asociada a déficit neurológico y no sólo al diagnóstico de la hernia discal.*

◦ *Debido a que la paciente no presentaba criterios quirúrgicos en el momento de asistencia en el hospital (...) (no presentaba déficit motor), a pesar de haberse diagnosticado de hernia discal lumbar el tratamiento hubiera sido igualmente conservador y no quirúrgico. Por tanto, no hubiera cambiado la actitud ni el pronóstico de la paciente.*

10. Significando que la actuación realizada por parte de los facultativos del Hospital (...) fue la habitual para pacientes con este tipo de sintomatología y acorde a la "lex artis".

11. El tratamiento realizado por parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital Insular de Canarias fue correcto.

12. Así mismo se considera que no existió mala praxis por parte de los facultativos de la Sistema Canario de Salud en la asistencia prestada a (...)».

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

4. Así mismo consta en la instrucción del expediente cumplido el trámite de vista y audiencia a la interesada, presentando escrito de alegaciones y también a la entidad mercantil referida, que no formuló alegaciones.

5. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formula Propuesta de Resolución, emitida el día 3 de abril 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 en ella señalando que *«En el caso que no ocupa, el reclamante sostiene -sin aportar prueba alguna- un retraso diagnóstico al que vincula una pérdida de oportunidad que resulta motivadamente descartado por los informes obrantes en el expediente, donde se refleja la puntual y continua asistencia sanitaria prestada en atención a la sintomatología y clínica evidenciada en cada momento, objetivándose que la asistencia sanitaria fue prestada conforme a la lex artis».*

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 interesada reclama porque considera que hubo diversos errores de diagnóstico por parte del personal médico, lo que se tradujo en una tardanza en realizare la intervención quirúrgica necesaria para tratar convenientemente su patología, hernia discal, impidiendo tal tardanza la adecuada curación de la misma.

4. Pues bien, sobre ello se ha de tener en cuenta lo manifestado al respecto en el informe del SIP, en el que se concluye señalando que:

«1.- La paciente, (...), sufrió un incidente practicando surf en octubre de 2022, que desencadenó un cuadro de lumbalgia. Sin embargo, no consultó al Sistema Nacional de Salud hasta inicios de enero de 2023, cuando acudió con lumbalgia aguda. Aquí se solicitaron pruebas de imágenes tipo radiografía con carácter urgente la cual resulto sin fracturas vertebrales y se indicó tratamiento médico con antiinflamatorios y analgésicos.

2.- Posteriormente el 14 de marzo de 2023, (...) fue atendida en el Servicio de Urgencias de CC-Hospitales (...) por lumbalgia aguda irradiada hacia la pierna izquierda. El examen físico arrojo signos de contractura lumbar y compatibles con irritación del nervio ciático mediante pruebas positivas de Lassegué y Bragar, sin déficit neurológico.

Por lo que se solicitó y realizó con carácter urgente una radiografía de columna lumbar como prueba diagnóstica, la cual descartó lesiones óseas agudas.

Para ello se indicaron analgésicos que incluía opioides (lo que habla de un buen manejo farmacológico), considerando una posible afectación del nervio ciático, además de reposo y seguimiento por su médico de atención primaria, dejando bien claro que si surgía cualquier alteración volver a urgencias.

3.- El 19/03/2023, (...) acudió nuevamente al Servicio de Urgencias de CC-Hospitales (...) por re-agudización de dolor lumbar, se valoró nuevamente a la paciente y la exploración en ningún momento arrojó déficit neurológico; ni sensitivo ni motor, ni otra red flag que hiciera pensar que la paciente fuera subsidiaria de solicitud de RNM ó neuro-cirugía urgente.

No obstante, se realizó una radiografía de columna urgente, que descartó lesiones óseas agudas, y se pautó tratamiento analgésico y reposo. La paciente fue dada de alta con seguimiento en atención primaria, exhortándose a regresar en caso de no presentar mejoría.

4.- El 22/03/2023, (...), debido a la falta de mejoría en su sintomatología, acudió a consulta con su médico de atención primaria. Durante el examen físico, se constató la presencia de déficit motor y sensitivo en el miembro inferior izquierdo, hallazgos compatibles con criterios de alarma Red Flags ya que esto hace pensar en compresión del canal medular. Ante esta situación, se decidió su derivación urgente al centro hospitalario de referencia para valoración especializada.

5.- Ante la presencia de signos de alarma neurológica, se solicitó una resonancia magnética (RM) urgente, la cual reveló una extensa extrusión discal en L4-L5 con rotura del anillo fibroso y estenosis del canal medular. Estos hallazgos confirmaron la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata para resolver la compresión nerviosa.

6.- Los signos de alarma (Red Flags) en el manejo de la lumbalgia o lumbociatalgia incluyen:

- *Edad > 50 años.*
- *Duración > 6 semanas, incapacitante o refractaria a tratamiento.*
- *Historia de cáncer o síntomas constitucionales (astenia, pérdida de peso).*
- *Traumatismo severo o antecedentes de osteoporosis.*
- *Dolor inflamatorio, fiebre o infección activa.*
- *Inmunosupresión o consumo de drogas por vía parenteral.*
- *Déficit neurológico motor o sensitivo.*
- *Radiculopatía o déficit sensitivo significativo.*

En el caso de (...), se identificaron déficit neurológico motor y sensitivo, junto con clínica neurológica relevante, justificando la solicitud de pruebas diagnósticas urgentes y su derivación al Servicio de Neurocirugía.

7.- En los días 14/03/2023 y 19/03/2023 no existieron criterios de alarma para indicación de realización de RM urgente puesto que nunca se evidenció déficit neurológico. En estos casos la correlación clínico-radiológica es fundamental. No todos los pacientes que cursan con dolor lumbar precisan la realización de una RM.

8.- La lumbalgia es una de las causas más comunes de consulta médica, con una prevalencia de más del 80% en la población general a lo largo de la vida. En la mayoría de los casos, la lumbalgia y la lumbociatalgia son de etiología inespecífica o mecánica, representando más del 85% de los casos, mientras que menos del 1% se asocia a patologías graves como fracturas, infecciones, tumores o hernias discales con compromiso neurológico significativo.

9.- El 22/03/2023, (...) fue intervenida quirúrgicamente. La cirugía realizada con técnica micro-quirúrgica fue una hemilaminectomía L4-L5 y disección muscular acorde a las guías de sociedades médicas nacionales e internacionales para manejo quirúrgico de hernia discal lumbar con compresión de canal medular. Lo que permitió la descompresión de las raíces nerviosas afectadas y se desarrolló sin complicaciones, cumpliendo con los estándares médicos establecidos.

10.- La cirugía realizada a (...) en el Hospital Insular de Canarias fue indicada debido a la existencia de una hernia discal lumbar con déficit neurológico motor y sensitivo más

alteración de reflejos, lo que cumplía con los criterios establecidos para intervención quirúrgica.

Cabe destacar que, aunque la hernia discal hubiera sido diagnosticada en una etapa previa los días 18 ó 19 de marzo, la paciente no habría cumplido los criterios quirúrgicos hasta el momento de presentar déficit neurológico. Pues una cosa es diagnosticar la hernia discal en un estudio por imágenes y otra muy diferente es que ésta tenga indicación de cirugía.

11.- La paciente, recibió un abordaje integral y multidisciplinar a lo largo de su proceso de atención, teniendo a su disposición todos los recursos para solucionar su problema de salud. Siendo tratada inicialmente por el Servicio de Urgencias, que manejó su cuadro agudo; posteriormente, por el Servicio de Neurocirugía, que realizó la intervención quirúrgica necesaria; el Servicio de Neurología, encargado de valorar su estado neurológico; la Unidad de Lesionados Medulares, que participó en el manejo especializado de su condición, y finalmente, el Servicio de Rehabilitación, que supervisó su recuperación funcional. Este enfoque coordinado garantizó una atención acorde a los estándares médicos establecidos.

12.- A partir de mayo de 2023, se constató una mejoría clínica y radiológica en la evolución de (...), la cual también quedó reflejada en la última resonancia magnética realizada el 14 de febrero de 2024. No obstante, la paciente ha persistido con un cuadro de lumbalgia crónica que afecta la marcha, precisando apoyo, lo que ha afectado el humor de la paciente. Por lo que ha requerido manejo farmacológico continuo y ajustes en su tratamiento por parte de su médico de atención primaria, por el equipo Neurocirugía, visitas a rehabilitación y abordaje psicológico como consta en su historial médico.

Teniendo en cuenta que el origen del dolor en la región lumbar y la alteración de la marcha no puede atribuirse al mal funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, sino probablemente al incidente practicando surf (deporte de riesgo), y considerando que la paciente tardó varias semanas en acudir a consulta tras la lesión inicial. Se observa que las pruebas diagnósticas y los tratamientos fueron indicados de manera adecuada y oportuna según la evolución de la enfermedad y la aparición de signos de alarma. Además, se resalta que en todo momento se dispuso para la paciente las pruebas necesarias y la intervención quirúrgica indicada para solucionar su problema médico. Por lo tanto, se emite un informe desfavorable a la reclamación».

5. Los dos informes médicos reproducidos con anterioridad, el informe médico pericial aportado por la empresa propietaria de la Clínica (...) y el informe del SIP, permiten considerar que, desde octubre de 2022, cuando la interesada tuvo un accidente practicando surf, hasta el día 22 de marzo de 2023, presentó sintomatología propia de una lumbalgia, con contractura de la musculatura lumbar e irradiación del nervio ciático, patología que puede tener diverso origen y solo en el 1

% de los casos su origen reside en una hernia discal. Esto implica que los diagnósticos, pruebas y tratamiento conservador (fármacos, reposos y seguimiento por atención primaria) que se le aplicó a tal sintomatología, eran los correctos de acuerdo con la *lex artis*.

La interesada solo presentó déficit motor y sensitivo en su pierna izquierda que recomendara la práctica de una resonancia magnética el día 22 de marzo de 2023, día en que no solo se le practicó la misma, sino que se le remitió al correspondiente Centro hospitalario para intervenirla de urgencia la hernia discal que padecía.

Además, queda demostrado que aunque se le hubiera realizado la resonancia magnética los días 14 y 19 de marzo en la Clínica (...) y se hubiera detectado con ella la hernia discal, ello no hubiera supuesto un cambio en el tratamiento médico de tipo conservador que se le estaba dispensando, pues la cirugía para tratar las hernias discales solo está indicada cuando se presenta déficit motor o sensitivo y ello solo se produjo, como ya se ha dicho, a partir del día 22 de marzo de 2023, cuando finalmente se le intervino.

6. En conclusión, ha quedado probado que a lo largo de todo el proceso médico padecido por la interesada se le fueron dando los diagnósticos adecuados a los síntomas que iba presentando, practicándose las pruebas que los mismos indicaban y que siempre se le pautó el tratamiento médico adecuado no solo a tales síntomas, sino a la propia patología que padecía, sin que haya habido tardanza alguna en practicarle la cirugía, pues ello se hizo al día siguiente de presentar el primer síntomas que la indicaba.

Además, la interesada no ha presentado prueba alguna que permita desacreditar los informes médicos que el SCS ha presentado con ocasión de este procedimiento de responsabilidad patrimonial, ni el informe médico pericial relativo a la actuación médica acontecida en la Clínica (...), ni ha demostrado que haya habido tardanza en actuar, ni tampoco que, en el caso hipotético de que la hubiera habido, ello afectara al resultado final, que es el propio de una patología como la que ella padece, la hernia discal.

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

«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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)*».

Por tanto, este criterio sobre la carga de la prueba resulta aplicable también en el presente asunto.

8. Asimismo, en lo que se refiere al diagnóstico erróneo que aduce la interesada, con base en lo expuesto con anterioridad, procede señalar que es de aplicación la doctrina de la «*prohibición de regreso*», a la cual nos hemos referido, entre otros, en el mencionado Dictamen 159/2025, 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)"*».

Por ello, esta doctrina, unida a las razones ya expuestas, implica que tampoco se pueda considerar que haya habido error de diagnóstico.

9. Por último, en cuanto a la pérdida de oportunidad este Consejo Consultivo ha manifestado en el Dictamen 689/2024, de 28 de noviembre, que «*La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6.ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003)*».

Pues bien, en este caso no ha habido pérdida de oportunidad porque, como ya se manifestó, en los días en los que acudió al Clínica (...), aunque se le hubiera efectuado la resonancia magnética, que no estaba indicada en ese momento por los síntomas que presentaba, especialmente, por la ausencia de déficit motor y sensitivo, no hubiera cambiado el tratamiento conservador que se le aplicó, ello solo ocurrió a partir del 22 de marzo de 2023, cuando también se actuó convenientemente conforme a los nuevos síntomas que ese día presentó.

10. Por todo ello, se considera que no se ha demostrado la concurrencia de relación causal entre el actuar administrativo y el daño reclamado por 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 dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución de sentido desestimatorio, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.