Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 1 8 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de junio de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 178/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto el análisis la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por la interesada [300.000 €] determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, 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

[*] **Ponente: Sr. de Millán Hernández.**

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

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al haber sufrido en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica; concretamente, al Servicio Canario de la Salud -organismo autónomo de dicha Administración-, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. 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. Circunstancia ésta que no es cuestionada por la Administración sanitaria [v., Fundamento de Derecho quinto de la Propuesta de Resolución].

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

La reclamación planteada por la perjudicada se fundamenta en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. Desde el año 2018 la reclamante, que entonces tenía 63 años, empezó a sufrir caídas. En alguna ocasión se dirigía a Urgencias, sin embargo, no siempre fue para todas sus caídas. Dejamos citados los archivos del SCS a tales efectos. El 13 de octubre de 2019, después de no tener un diagnóstico en el SCS, se solicita cita en el Centro de Atención Especializada de Telde, en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Antes de proseguir con la reclamación, es de advertir que en ningún caso se hizo prueba alguna a la dicente.

Pues bien, el 17 de octubre de 2019 tiene lugar la consulta de Traumatología. Según el informe, se trataría de una paciente "con dolor rodilla dcha de tiempo de evolución, con caídas frecuentes por pérdida de fuerza. Presenta bursa prerotuliana aumentada de tamaño en ambas rodillas y desviación medial. Ruego valoración preferente, dada la limitación importante que tiene para la flexión". Resulta de vital importancia la afirmación que la traumatóloga emplea, dado que considera necesaria una valoración preferente. Las limitaciones de la paciente empiezan a ser notorias, y sin embargo sólo cuenta hasta ese momento con una radiografía (...) . Por tanto, en ese momento no se habían efectuado las pruebas radiológicas necesarias para determinar la patología que afectaba a la recurrente.

Aun así, el diagnóstico es gonalgia, es decir, un dolor en la articulación de forma genérica. En ningún momento se plantea la existencia de otra patología o de afección alguna, ni en la musculatura, ni en los nervios. Por tanto, en Traumatología se habla de un simple desgaste de rodillas que no justificaría las caídas que venía padeciendo (…).

SEGUNDO. El 21 de enero de 2020 revisan las lumbares, y por primera vez se efectúa una radiografía de las mismas. Sin embargo, la radiografía habría sido insuficiente, según se expondrá en los hechos sucesivos, puesto que las mismas no revelaban la patología padecida (...) .

TERCERO. El 18 de junio de 2020 la firmante acude a su centro de salud y se le diagnostica una lumbociática. De manera sucinta se indica que la Sra. (…) presenta dificultad para la deambulación y que sus caídas son repetitivas. Sus miembros inferiores se han visto mermados, ha disminuido su fuerza. Se menciona por primera vez, después de dos años acudiendo al SCS tan sólo con radiografías, una posible afectación neurológica motora.

En otras palabras, se intuye por el médico que los nervios están afectados para la movilidad. Pero no pide un TAC, ni una resonancia, ni se hace contraste (...) Se causa una total indefensión a la paciente que, a la espera de un diagnóstico y una prueba adecuados,

ve desmejorada su salud, hasta el punto de que su movilidad ya en junio de 2020 es muy reducida.

Del informe radiológico ya mencionado en el hecho anterior se desprende "una discreta curvatura en escoliosis dorsolumbar con una cifosis fisiológica dorsal y una lordosis fisiológica lumbar relativamente conservada. Los cuerpos vertebrales dorsolumbares visibles son normales en cuanto a tamaño se refiere llamando la atención una disminución generalizada de espacios discales intervertebrales, predominantemente a nivel del tercio superior de la columna lumbar con formaciones de osteofitos marginales y discreta esclerosis subcondral reactiva todo compatible con espondilosis dorsolumbar" (...) .

En cualquier caso, queda manifiesto con esta consulta que ha habido un retraso importante en la movilidad de la compareciente.

Sorprendentemente, el médico añade "en mi opinión habría que realizar un EMG y RMN de c. lumbar" para que lo valore el especialista, en este caso, neurocirugía. No acertamos a entender por qué se emite una "opinión" en lugar de pedir una electromiografía (EMG) y un estudio de Conducción Nerviosa para medir la actividad eléctrica de los músculos y los nervios, y una Resonancia Magnética Nuclear con contraste para determinar la patología. Si existía una opinión, ¿por qué no se llevó a efecto? Pero además, considerar la necesidad de esas pruebas es indicio de que ya un médico de familia, no un facultativo especialista, sabía que había un problema en los nervios. Pero el SCS se aquieta.

A la vista de la pasividad de la Administración, y empeorando de su estado de salud, la reclamante acude a una consulta privada con el Dr. (...) Maldonado, especialista en neurocirugía, el 9 de julio de 2020, es decir, tres semanas después de la consulta referida en el hecho anterior. Observa que la Sra. (…) camina con muletas, lo que evidencia una movilidad reducida y una debilidad importante. Además, refiere que sale en silla de ruedas.

En la resonancia efectuada se observa "severa estenosis del canal lumbar L45 central y lateral derecho". Recomienda una descompresión endoscópica L4-5. Ya se recomienda una cirugía de columna (...) . En otras palabras, la intervención quirúrgica podría haber evitado la situación actual de la dicente, como veremos en los hechos sucesivos.

CUARTO. En el informe de 23 de julio de 2020, emitido por el Dr. (...), neurocirujano, se considera que la paciente puede ser intervenida, pero las expectativas de mejoría son escasas (...) .

QUINTO. El 10 de agosto de 2020 se recomienda un tratamiento rehabilitador, sin que haya habido pruebas diagnósticas que determinen la realidad de las patologías padecidas (...) . A la vista del empeoramiento de (…), se remite a Neurocirugía (...) .

SEXTO. El 27 de agosto de 2020, la exponente formula reclamación sobre la base de que, teniendo cita preferente en Neurocirugía, se la dan 7 meses más tarde, lo que significaría que las pruebas realizadas hasta ese momento, quedarían evidentemente obsoletas (...) .

Además, se agrava su situación porque se ha hablado del diagnóstico, pero nunca se ha llegado a profundizar en que (…) ha padecido fuertes dolores. Tal es así que, en los informes aportados, la medicación para calmar el dolor va en aumento. Tampoco podemos pasar por alto en esta reclamación que no se habría iniciado aún la rehabilitación necesaria e instada.

El 26 de octubre de 2020 se reiteran sendas reclamaciones: de un lado, la dicente no ha realizado la rehabilitación (...), y de otro, se retrasa su consulta en Neurocirugía por más de siete meses en el Hospital Insular (...) .

SÉPTIMO. El 18 de noviembre de 2020 se pone en conocimiento de la firmante la respuesta del Jefe del Servicio de Neurocirugía, el Dr. (...), que precisamente es el mismo que pudo observar a la paciente en Hospital (...). Pues bien, curiosamente se afirma que la paciente tiene pendiente una consulta con el Servicio de Neurocirugía, añadiendo que todos los pacientes quieren ser atendidos y consideran que tienen carácter preferente. Pero cómo, ¿no era el propio SCS el que había calificado de preferente la situación de la Sra. (…)? ¿Ahora resulta que conforme a la respuesta del Jefe de Neurocirugía del Insular es el propio paciente quien cree que debe tener carácter preferente por su dolor, y posible discapacidad?

Resulta notorio que el SCS no ha tomado en consideración no ya la preferencia, sino el agravamiento de las patologías padecidas. No diagnosticadas, decimos bien, padecidas. Puesto que en realidad el diagnóstico final ha sido otro. Claro, la falta de pruebas diagnósticas adecuadas y el transcurso del tiempo de manera inexplicable han perjudicado gravemente a la compareciente. No parece comprensible que se mencione de manera generalizada un caso específico.

OCTAVO. En diciembre de 2020 la dicente acude a otro Neurocirujano, el Dr. (...) . Una cosa tenía clara: el diagnóstico dado por el SCS, por sus propios compañeros porque trabajaba anteriormente en el Negrín, no era correcto.

NOVENO. El 1 de febrero de 2021 la dicente pasa consulta con (...). Esta neuróloga aprecia un empeoramiento de la enfermedad, que poco a poco se va haciendo extensible a las extremidades superiores, donde la paciente ha perdido fuerza. Con la propia prueba de agosto de 2020 llega a la conclusión de que la radiculopatía sería de grado moderado severo y crónico (...) . Esto es indicio, cuando no prueba indudable, de que en el SCS, habiendo visto estas pruebas en agosto de 2020, ya podían determinar al menos la gravedad de su situación.

En definitiva, el SCS habría dejado de hacer las pruebas diagnósticas pertinentes, pero además, habría errado en la observación de las ya existentes en agosto de 2020. Se obvian los datos expuestos y contrastables, las ocasiones en que había acudido al médico, se dan explicaciones insuficientes, justificaciones vanas, basadas en la generalidad de una lista interminable, cuando estaríamos ante un enfermo preferente, dicho por el propio servicio.

DÉCIMO. El 3 de febrero de 2021, la Dra. (...) realiza dos pruebas, un EMG (electromiografía) y un ENG (electroneurografía). Concluye que existen "características miopáticas en varios de los músculos examinados, y actividad de denervación aguda más abundante en músculos examinados en extremidades inferiores, compatible con la sospecha clínica de miopatía de características inflamatorias". En los nervios superiores habría una afectación sensitivo-motora de grado moderado en el grado derecho (...) .

UNDÉCIMO. El 8 de marzo de 2021, efectuadas las pruebas anteriormente indicadas, la neuróloga recomienda remitir de forma preferente a la Unidad de Neuromuscular del Hospital de referencia de la paciente (...) .

DUODÉCIMO. En mayo de 2021, el neurólogo del CAE de Telde revisa las pruebas y remite a la dicente al neurocirujano. (...) .

DECIMOTERCERO. El 6 de junio de 2021, tras las pruebas realizadas, se detecta la presencia de quistes perineurales de Tarlov en el sacro. En otras palabras, son lesiones de las raíces nerviosas. Desde luego, quedaba claro desde un principio que existía un problema en los nervios. El SCS contacta con el neurólogo responsable para adelantar la cita de interconsulta (...) .

DECIMOCUARTO. El 17 de junio de 2021 se manda nuevamente a la reclamante a Neurocirugía. Parece evidente que el SCS no sabía a qué especialidad remitir a la paciente. Se indica asimismo "probable ependimoma misopapilar", es decir, un tumor (...) .

DECIMOQUINTO. El 20 de junio de 2021, el Dr. (...), en Neurocirugía, un mes después explica a la paciente y su hija, los riesgos, beneficios y expectativas de la cirugía (...) .

En cualquier caso, es claro que deben operar. En ese mismo día le dan de alta en la lista de espera quirúrgica (...) .

Resulta cuanto menos sorprendente que el Dr. (…) observe el tumor en la primera resonancia. El 21 de julio de 2021 se realiza otro electrobiograma (...) .

DECIMOSEXTO. Finalmente, el 18 de septiembre de 2021, (…) es intervenida por los neurocirujanos de urgencia, que encontraron un problema de circulación en las vértebras. En realidad, no se trataba de un tumor, sino de una fístula que oprimía la médula y los nervios. A las pocas semanas trasladaron a la firmante a la planta quinta, de lesionados medulares. Encontrado el diagnóstico real, es decir, la fístula, se termina definitivamente que la exponente quedaría paralítica. Desde octubre de 2021 se ha iniciado rehabilitación para recuperar la movilidad de los brazos, por lo que las secuelas actualmente no son estables. Se dejan citados los archivos del SCS.

DECIMOSÉPTIMO. A la vista de la situación descrita, causada por el anormal funcionamiento de la Administración desde que fuera tratada la firmante en octubre de 2019 y consumada en octubre de 2021 en que le dan el alta de Neurocirugía, tendría derecho a una indemnización. El cálculo de la misma estaría sujeto a una lesión permanente, dado que la

firmante es paralítica y no puede recuperar la movilidad de los miembros inferiores. Esta indemnización no solo debería comprender la lesión descrita, sino las consecuencias de la misma. Por tanto, debería integrarse el daño físico y moral, que se estimaría en TRESCIENTOS MIL EUROS (300.000 euros)».

Así pues, la interesada formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Canario de la Salud, interesando el reconocimiento de una indemnización por los daños y perjuicios que afirma haber sufrido como consecuencia del anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

La pretensión indemnizatoria se concreta en la cantidad de 300.000 €, que la reclamante vincula al padecimiento de un daño físico y moral de carácter grave, derivado de la evolución de su estado de salud, que habría culminado en una situación de parálisis con pérdida de movilidad en los miembros inferiores.

En relación con los hechos en que sustenta su reclamación, la interesada refiere que, desde el año 2018, comenzó a sufrir caídas recurrentes y pérdida progresiva de fuerza, acudiendo en múltiples ocasiones a los servicios sanitarios dependientes del Servicio Canario de la Salud. No obstante, sostiene que durante un prolongado periodo la asistencia recibida se limitó a valoraciones clínicas y pruebas básicas, fundamentalmente radiografías, sin que se desplegara, a su juicio, una actividad diagnóstica suficiente para esclarecer la causa real de su sintomatología.

Señala, en este sentido, que, pese a la persistencia y agravamiento del cuadro clínico, no se realizaron de forma oportuna las pruebas especializadas que permitirían descartar o confirmar una afectación neurológica, ni se adoptaron decisiones asistenciales acordes con la evolución de la paciente. Asimismo, pone de manifiesto la existencia de retrasos en la derivación a servicios especializados, singularmente a neurocirugía, incluso en un contexto en el que su situación había sido calificada como preferente, lo que, en su planteamiento, habría contribuido al deterioro progresivo de su estado.

La reclamante añade que, ante la falta de respuesta concluyente en el ámbito del sistema público, acudió a la sanidad privada, donde se le practicaron pruebas más avanzadas que evidenciaron una patología grave susceptible de tratamiento quirúrgico. Sin embargo, el diagnóstico definitivo no se alcanzó hasta septiembre de 2021, con ocasión de una intervención urgente en la que se identificó una fístula que comprimía la médula espinal y las raíces nerviosas, siendo ésta, finalmente, la causa de la lesión medular sufrida y de las secuelas irreversibles que presenta.

Sobre la base de lo anterior, la reclamación se articula esencialmente en torno a la imputación al servicio público sanitario de un retraso diagnóstico y terapéutico, derivado de la ausencia de pruebas adecuadas, de la insuficiente valoración de los datos clínicos existentes y de la demora en la atención especializada, circunstancias que, según sostiene la perjudicada, impidieron la instauración de un tratamiento eficaz en fases más tempranas de la enfermedad. Desde esta perspectiva, afirma que la actuación administrativa habría determinado el agravamiento irreversible de su patología y la producción del daño cuya reparación económica interesa.

En definitiva, la reclamante sostiene que las deficiencias en la asistencia sanitaria recibida resultan determinantes de la evolución desfavorable de su estado de salud, estableciendo un nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y las secuelas finalmente padecidas, que fundamenta la solicitud indemnizatoria formulada.

III

Sobre la tramitación del expediente de responsabilidad

En cuanto a la tramitación del procedimiento administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones más relevantes:

1. El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación de escrito de reclamación con registro de entrada ante el Servicio Canario de la Salud el día 19 de septiembre de 2022.

2. Con fecha 24 de octubre de 2022 el órgano instructor formula requerimiento a la interesada a fin de que subsane la reclamación interpuesta. Trámite que es debidamente cumplimentado por ésta con fecha 28 de octubre de 2022.

3. La reclamación formulada es admitida a trámite mediante Resolución administrativa de 25 de octubre de 2022, acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretando, por el órgano instructor, realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente; entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la interesada.

4. Con fecha 27 de octubre de 2025 se evacua el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud -en adelante, SIP-, al que se acompaña la siguiente documentación:

- Historia clínica de Atención Primaria, remitida por la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria.

- Historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario Insular–Materno Infantil de Gran Canaria -en adelante, CHUIMI-.

- Informe médico especializado del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, de 8 de agosto de 2023, rubricado por el Dr. (...), Jefe de Servicio de Neurocirugía.

- Informe médico del Servicio de Neurología del CHUIMI, de 1 de febrero de 2023, elaborado por la Dra. (...), Facultativa Especialista de Área de Neurología.

- Informe médico del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología -en adelante, COT- del CHUIMI, confeccionado por el Dr. (...), Jefe de Servicio de COT, con fecha 9 de marzo de 2023.

5. Con fecha 18 de noviembre de 2025 se notifica a la interesada el requerimiento efectuado por el órgano instructor a fin de que proponga los medios de prueba de los que pretenda valerse.

Requerimiento que es cumplimentado por la reclamante con fecha 27 de noviembre de 2025, interesando la práctica de prueba pericial mediante la aportación de informe médico pericial elaborado con fecha 7 de noviembre de 2024 por el Dr. (...), Neurocirujano.

6. Con fecha 12 de diciembre de 2025 se dicta acuerdo probatorio por el que se admiten a trámite las pruebas propuestas tanto por la Administración sanitaria como por la reclamante.

7. Con fecha 11 de marzo de 2026 se evacua informe complementario del SIP en relación con la asistencia sanitaria dispensada a la paciente.

8. Con fecha 25 de marzo de 2026 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, siendo convenientemente notificado a la interesada.

9. Con fecha 14 de abril de 2026 la interesada presenta escrito de alegaciones reiterándose en el contenido de su reclamación.

10. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio

expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

11. Con fecha 20 de abril de 2026 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima « (...) *la reclamación de responsabilidad formulada por (...) al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración*».

12. Mediante oficio con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 28 de abril de 2026, se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada por la interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública sanitaria, puesto que no se ha demostrado mala praxis en la atención médica dispensada a la paciente.

2. Como ha tenido ocasión de expresar este Consejo Consultivo en su Dictamen 9/2026, de 9 de enero -entre otros-, « *(...) en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio básico utilizado para hallarla es el de la contravención o incumplimiento de la lex artis, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia sin que quepa exigírsele garantizar en todo caso la curación del enfermo.*

Por ello, la lex artis, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

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 es el que 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)».

Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba se ve perfectamente reflejada, entre otros, en el Dictamen 521/2025, de 12 de diciembre [con cita de los anteriores Dictámenes 29/2025, de 22 de enero, 704/2024, de 2 diciembre y 272/2019, de 11 de julio].

3. Una vez examinado el contenido del expediente instruido y a la vista del resultado que arrojan las pruebas practicadas, se considera que no concurren en el presente supuesto los requisitos legalmente exigidos para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, resultando jurídicamente procedente la desestimación de la reclamación formulada.

Así, en lo que se refiere, en primer término, a la alegación de retraso en el diagnóstico desde el inicio del proceso asistencial, debe partirse de que la actuación de los servicios sanitarios ha de enjuiciarse atendiendo a la sintomatología concurrente en cada momento y a los protocolos clínicos aplicables, y no desde una reconstrucción retrospectiva basada en el resultado final. A este respecto cabe indicar que la asistencia sanitaria prestada desde la fase inicial se ajustó a los protocolos asistenciales ordinarios y a la sintomatología que la paciente presentaba en cada momento. Así, la consulta inicial por gonalgia motivó una actuación correctamente secuenciada —exploración física, radiografía e interconsulta preferente a Traumatología— sin que en dicho estadio existieran elementos clínicos que justificaran la sospecha de patología neurológica o medular. En este sentido, los informes del SIP ponen de relieve que no puede imputarse falta de diligencia por no anticipar pruebas de mayor complejidad cuando los signos clínicos eran compatibles con patología osteoarticular frecuente, máxime cuando los circuitos asistenciales establecen razonablemente una progresión diagnóstica desde niveles básicos hacia especializados.

Por lo que se refiere a la evolución posterior hacia sintomatología lumbar y la supuesta falta de diligencia en la práctica de pruebas complementarias, se ha de indicar que los informes técnicos evidencian que el proceso diagnóstico fue progresivo y coherente con la evolución clínica. Desde la aparición de la sintomatología lumbar se activó el circuito de derivación a Rehabilitación —servicio

encargado del abordaje inicial de este tipo de patologías—, solicitándose y valorándose pruebas complementarias, tanto públicas como privadas, que, lejos de ofrecer una orientación concluyente, resultaron contradictorias entre sí. Esta discordancia diagnóstica, incluso en el ámbito privado, pone de manifiesto la complejidad del cuadro clínico y excluye la imputación de error o negligencia, al evidenciar que la incertidumbre diagnóstica no era imputable a un funcionamiento anormal del servicio público, sino a la propia naturaleza equívoca del proceso patológico.

En relación con la alegación central de retraso en el diagnóstico de la lesión medular, procede destacar que, conforme resulta de los informes del SIP, hasta la realización de la resonancia magnética dorsolumbar de 6 de junio de 2021 no existía evidencia objetiva de lesión intramedular que permitiera orientar el cuadro hacia una patología susceptible de tratamiento neuroquirúrgico. Antes de ese momento, las pruebas disponibles [RM y EMG] apuntaban a diagnósticos alternativos —radiculopatía crónica, patología degenerativa o incluso sospecha de miopatía inflamatoria—, sin datos concluyentes de afectación medular. En consecuencia, no resulta jurídicamente sostenible imputar un retraso diagnóstico cuando no concurrían los presupuestos clínicos que hubieran permitido, conforme al estado de la ciencia y de la técnica, alcanzar antes el diagnóstico definitivo.

Tampoco se aprecia la demora terapéutica esgrimida por la reclamante. Una vez constatada la existencia de lesión intramedular, la actuación sanitaria fue inmediata y plenamente ajustada a la práctica clínica: derivación preferente a Neurocirugía, inclusión en lista de espera con prioridad alta y, ante el empeoramiento, intervención urgente. La rapidez en la respuesta asistencial desde la constatación objetiva de la patología excluye cualquier imputación de retraso terapéutico relevante. Asimismo, y según se razona en el informe complementario del SIP, no puede afirmarse con grado razonable de certeza que una intervención más precoz hubiera alterado el resultado final, en la medida en que el pronóstico de la fístula arteriovenosa dural espinal depende fundamentalmente del estado neurológico previo y de un proceso fisiopatológico progresivo ya instaurado desde fases iniciales:

«Aun en el supuesto hipotético de un diagnóstico y tratamiento más precoz, la literatura científica señala que el pronóstico funcional de la fístula arteriovenosa dural espinal depende principalmente del estado neurológico previo al tratamiento.

En este sentido, el estudio electromiográfico realizado el 3 de febrero de 2021 describía un patrón de afectación mixta, con potenciales neurógenos crónicos en extremidades

inferiores junto con hallazgos de denervación aguda y características miopáticas, interpretado como sospecha de miopatía inflamatoria, lo que evidenciaba alteraciones neurofisiológicas ya en evolución, aunque sin evidencia concluyente de lesión medular estructural.

Debe señalarse además que, desde el punto de vista fisiopatológico, la fístula arteriovenosa dural espinal produce una mielopatía congestiva secundaria a hipertensión venosa medular crónica, lo que implica que el daño neurológico suele encontrarse ya en evolución cuando aparecen las manifestaciones clínicas iniciales, siendo el objetivo del tratamiento fundamentalmente detener la progresión del proceso.

Por ello, no puede afirmarse con grado razonable de certeza que una intervención realizada con anterioridad hubiera modificado de forma significativa el resultado funcional final».

En quinto lugar, en cuanto a la imputación de error diagnóstico derivado de no haber considerado desde etapas tempranas la existencia de una fístula arteriovenosa dural espinal, los informes del SIP descartan tal reproche al destacar el carácter extraordinariamente infrecuente y la alta complejidad diagnóstica de dicha entidad, conocida en la literatura médica como «*la gran imitadora*», dadas sus manifestaciones clínicas inespecíficas y su frecuente confusión con patologías mucho más prevalentes:

«No fue hasta la resonancia magnética dorsolumbar del 6 de junio de 2021 cuando se objetivó por primera vez una lesión intramedular, describiéndose "masa intramedular a nivel del cono y filum terminal, con cavidad siringomiélica hasta T6 e impresión radiológica de probable ependimoma mixopapilar". Este hallazgo constituyó la primera evidencia objetiva de afectación medular, motivo por el cual se remitió a la paciente de forma preferente a Neurocirugía el 17 de junio de 2021.

El diagnóstico definitivo se estableció finalmente durante el acto quirúrgico, cuando se constató que la lesión correspondía a una fístula arteriovenosa dural espinal.

Debe señalarse que esta entidad constituye una patología infrecuente y de diagnóstico complejo, caracterizada por una evolución lentamente progresiva y una presentación clínica inespecífica. Diversos estudios han descrito que la fístula arteriovenosa dural espinal es frecuentemente confundida con patologías mucho más prevalentes del raquis, como radiculopatías lumbares, estenosis de canal o trastornos neuromusculares, lo que ha llevado a que en la literatura médica se la denomine "the great imitator" o "la gran imitadora" (Jellema et al., Brain, 2006; Koch, Neurosurgery, 2014; Gross & Du, Neurosurgery, 2013).

En consecuencia, del análisis de la historia clínica se desprende que la paciente fue valorada de forma progresiva por Atención Primaria, Traumatología, Rehabilitación,

Neurología y Neurocirugía, solicitándose pruebas complementarias y ampliándose el estudio conforme evolucionaba la clínica y se disponía de nueva información diagnóstica. La complejidad diagnóstica queda además reflejada en la discordancia existente entre los informes emitidos en el ámbito privado.

(…)

(…) las derivaciones y estudios se realizaron conforme al circuito asistencial habitual sin apreciar retraso injustificado, valorándose además las pruebas aportadas del ámbito privado, que tampoco permitieron inicialmente establecer el diagnóstico definitivo.

(…) Durante el proceso diagnóstico se realizaron múltiples estudios complementarios tanto en el ámbito público como privado, incluyendo resonancia magnética y electromiografía, cuyos resultados fueron discordantes y no concluyentes en relación con una lesión medular estructural.

Esta circunstancia resulta coherente con la naturaleza de la fístula arteriovenosa dural espinal, entidad infrecuente y de diagnóstico complejo, descrita en la literatura médica como "la gran imitadora", debido a que su presentación clínica inicial suele simular patologías mucho más prevalentes del raquis, como radiculopatía lumbar, estenosis de canal o discopatía degenerativa.

Diversos estudios han documentado que esta entidad presenta altas tasas de error diagnóstico inicial, alcanzando hasta el 80 % de diagnósticos erróneos en algunas series clínicas, precisamente por la inespecificidad de sus síntomas iniciales (Jellema et al., Brain, 2006; Gross & Du, Neurosurgery, 2013).

Por ello, los síntomas iniciales: dolor lumbar, debilidad progresiva en miembros inferiores o alteración de la marcha, son inespecíficos y de evolución progresiva, siendo habitual que el diagnóstico definitivo solo se establezca tras la aparición de hallazgos radiológicos concluyentes o incluso durante el acto quirúrgico, como ocurrió en el presente caso».

Finalmente, frente a la reconstrucción retrospectiva efectuada por el informe pericial aportado por la reclamante, debe recordarse la aplicabilidad de la doctrina de la *«prohibición de regreso»*, conforme a la cual no resulta jurídicamente admisible enjuiciar la corrección de la actuación médica a partir del diagnóstico finalmente alcanzado, sino atendiendo a los datos clínicos disponibles en cada momento. En el presente caso, los informes del SIP evidencian que, en cada fase del proceso, se adoptaron las decisiones diagnósticas y terapéuticas adecuadas a la información entonces disponible, sin que pueda apreciarse infracción de la *lex artis ad hoc* ni, por ende, relación de causalidad entre la actuación administrativa y el resultado lesivo.

En conclusión, a la luz del conjunto de consideraciones expuestas anteriormente, cabe concluir que no concurren los requisitos legalmente exigidos para poder declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, debiendo -en coherencia con el criterio técnico expuesto por el SIP- desestimar la reclamación formulada por (...).

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se considera conforme a Derecho.