

Dictamen n.º: **575/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.09.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de septiembre de 2026, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de cola de caballo por el Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado el 10 de abril de 2024 por la persona citada en el encabezamiento contra el Servicio Madrileño de Salud, por la demora en el diagnóstico y tratamiento de del síndrome de cola de caballo por el Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO), cuando acudió a Urgencias en diciembre de 2023.

El reclamante refiere en concreto en su escrito: *“El día 16 de diciembre de 2023 me presenté a Emergencias del Hospital Doce de Octubre con un fuerte dolor de espalda y en la pierna derecha como también un adormecimiento en parte de la pierna y en 3 dedos, le*

comenté eso mismo al doctor de emergencias facultativo Dr. con numero colegiado xxxxx que me atendió en traumatología a lo que este contesto que para asistir a emergencias debía yo estar muy grave o ser víctima de un atropellamiento para asistir me dio una receta médica y me envió a casa sin hacerme examen físico ni pedir pruebas de imagen y luego en el periodo de 2 semanas los problemas persistieron e incluso se agravaron a tal punto que el día 2 de Diciembre del 2024 la médico de cabecera me remitió a Emergencias debido a mis síntomas donde estuve en observación y a la espera de una fecha de intervención quirúrgica de emergencia.

Al final terminé con una cola de caballo que al día de hoy me tiene un poco mal y no me deja realizar ni hacer una vida normal y opino que fui a su debido tiempo, pero por la falta de empatía y de atención el día 16 de diciembre de 2023 esto se hubiese prevenido. También mis ingresos económicos se han visto reducidos de forma sustancial al no poder laborar y tener una reducción importante de mi salario que condicionan que pudiese estar en pocos días en condición de calle al no poder costear mi alquiler y recurrir a deudas de carácter personal”.

El escrito inicial no concreta indemnización alguna, adjuntándose al mismo distintos informes médicos de la asistencia recibida.

El 16 de abril de 2024 se requirió al reclamante para la subsanación de su reclamación, presentándose nuevo escrito el 2 de mayo posterior en el que precisa que solicita una indemnización en una cantidad no inferior a 300.000 euros, refiriendo las secuelas neurológicas que padece, que afectan a las funciones intestinales urinarias y sexuales y de las que dice se han derivado problemas económicos psicológicos y de pareja.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica al HUDO y a Atención Primaria, pudiéndose extraer de la misma los siguientes hechos de interés:

El reclamante, nacido en 1982, sin antecedentes de interés, fue atendido el 12 de abril de 2022 en el Hospital Fundación Jiménez Díaz, por lumbalgia de un año de evolución, con RMN columna lumbar cuyas conclusiones son: *“Sacralización de L5. Discopatía degenerativa. Cambios Modic. Artrosis facetaria. Estenosis multifactorial.”* Se recomienda tratamiento conservador.

El día 27 de octubre de 2023 acude a consulta de su centro de salud, anotándose: *“Desde hace 4 días con dolor lumbar irradiado por MID (miembro inferior derecho) hasta la pantorrilla. No relacionado con esfuerzo previo, está de vacaciones, junto con calambres nocturnos en pantorrillas y agarrotamiento dedos pie derecho. EF Lasegue indeterminado por no relajar los MMII (miembros inferiores), puede caminar de puntillas y talones. Dx lumbalgia con irradiación a MID. Tratamiento con dexketoprofeno y diazepam se realizará la analítica solicitada en julio 2022 con CPK (creatin fosfoquinasa)”*.

El día 8 de noviembre de 2023 acude de nuevo a consulta de Atención Primaria, recogándose: *“Refiere nuevamente dolor. Ha tomado diazepam y enantyum. Exploración Lasegue dudosa, Bragard negativo. Dolor lumbar paravertebral derecho. ROT (reflejos osteotendinosos) + y simétricos. Marcha en puntillas y talones no limitada. Fuerza conservada”*.

El día 13 de diciembre de 2023 se registra en historia de su centro de salud: *“Mantiene dolor. Voy a remitir a trauma de nuevo”*.

Con fecha 16 de diciembre de 2023 acude al Servicio de Urgencias del HUDO, donde se anota: *“Motivo de consulta: dolor en MID. Historia*

actual: Varón de 41 años que refiere dolor en MID de unos 4 meses de evolución. pero desde ayer con más severidad. No trauma previo. Pte (pendiente) de consultas de COT (Cirugía Ortopédica y Traumatología). - Señala dolor en musculatura isquiotibial y en gemelo derecho. No otra clínica. Exploración física: Dolor Reposo:3 ((1-10)). MID: - No dolor en cadera ni en crestas iliacas. - Movilidad de cadera y rodilla integra e indolora. Fuerza 5/5 en flexo extensión de ambas articulaciones. - Dolor a la palpación de musculatura isquiotibial y de gemelo. - No edema no signos de TVP (trombosis venosa profunda) Hommans negativo no eritema. En resumen, estamos ante un dolor en MID de larga data sin signos de alarma en el momento actual. Pte de consultas de traumatología. Comentado con residentes mayores se decide alta. Diagnóstico principal: Dolor tipo muscular en MID, sin signos de gravedad en el momento actual. Tratamiento: Fármacos: Zaldiar 1 / 8h. Alternar si más dolor con metamizol 575 mg cada 8 h. (tomar a las 4 h del paracetamol) Ibuprofeno con arginina 400 mg cada 8 h. alternar con paracetamol/ nolotil (tomando cada uno a 3.5 h de diferencia entre sí, respetando las 8 h de espacio entre el mismo fármaco). Calor local (10 minutos - descansar 10 minutos – 10 minutos de nuevo. - descansar 10 minutos y otros 10 minutos.) 3 veces al día. En caso de empeoramiento acudir a centro médico. Revisión por su médico de familia si necesario”.

El día 18 de diciembre posterior acude a su centro de salud, se revisa informe de Urgencias y se registra: “Refiere dolor en zona glútea que irradia a cara posterior de la pierna derecha ya le ha ocurrido en otras ocasiones, no traumatismo previo. Fue a urgencias en el hospital le han puesto analgesia, no ha tenido fiebre, ni otra sintomatología. EF (exploración física) no apofisalgias. Intensa contractura paravertebral lumbar derecha, FyS (fuerza y sensibilidad) conservada ROT positivos y simétricos, Bragard y Lassegue negativo marcha puntilla talón conservada. Plan naproxeno cada 12 horas, alternando con metamizol cada 8 horas y tramadol cada 8 horas. Plan calor seco local y reposo relativo”.

El día 22 de diciembre acude nuevamente a su médico de familia, que anota: *“Refiere mantener dolor e hipostesia de MID. Voy a iniciar tratamiento con pregabalina. Exploración Lasegue + Marcha puntillas y talones dolorosa, no limitada. No incontinencia. Inicio pregabalina”*.

El día 2 de enero de 2024 acude a su centro de salud, y se anota: *“Derivo a SUH (servicio urgencias hospitalarias) por adormecimiento de toda la extremidad inferior derecha ya conocido al que en los últimos días adormecimiento de pene, periné y dificultad para defecar. Plan: recomiendo para eliminar bolo fecal microenemas Micralax o Melilax”*.

Ese mismo día, en Urgencias del HUDO se informa: *“Motivo de consulta: lumbociatálgia derecha más parestesias. Paciente varón de 41 años con los antecedentes referidos valorado en FDJ (Fundación Jiménez Díaz) por dolor lumbar irradiado a MID objetivándose en RM estenosis foraminal bilateral a nivel de L3-L4 y L4-L5 y siendo dado de alta con tratamiento conservador. Asegura que desde entonces ha tenido un mal control tanto del dolor lumbar como del dolor irradiado hacia MID con empeoramiento franco del mismo hace 1 mes cuando consultó por MAP (médico atención primaria) pautándole pregabalina con mala adherencia por intolerancia. Refiere que es un dolor de predominio nocturno que impide adecuado descanso. Asimismo, refiere parestesias de 4-5 días de evolución de unos minutos de duración en zona genital y anal, así como cara posterior y lateral MID que se extiende hasta 3-4- 5º dedos del pie igualmente de predominio nocturno. Refiere dificultad para iniciar micción; no incontinencia urinaria o fecal. No debilidad motora. No alteraciones sensitivas a otros niveles. No otra clínica u organofocalidad en el momento actual. No fiebre. EF: -FFSS (funciones superiores): consciente y orientado en las 3 esferas, alerta, atento, lenguaje espontáneo normofluente sin elementos disfásicos (nomina 5/5, repetición preservada, obedece órdenes de hasta 3 secuencias), habla no disártrica. -PPCC (pares craneales): PICNR (pupilas isométricas*

*normoreactiva), no anopsias en campimetría por confrontación. MOEs (movimientos oculares) sin limitaciones ni restricciones, no nistagmo. No asimetrías faciales. Pares bajos indemnes. - Motor: *BM (balance muscular): MMSS (miembros superiores) con BM 5/5, MMII con BM 5/5 (exploración limitada por dolor, aunque no parece objetivarse debilidad motora franca). *REM (reflejos osteotendinosos): bicipital, tricipital y estilorradiar bilateral ++/++++. Rotuliano bilateral exaltado +++/++++, Aquileo izquierdo exaltado, derecho abolido. *RCP (reflejo cutáneo plantar) flexor izquierdo, indiferente derecho. *Hofmann y Trommer negativo. - Lasègue y Bragard derechos positivos. -Sensibilidad: hipoestesia tactoalgésica en región posterolateral MID hasta 3-4-5º dedo del pie. No anestesia en silla de montar. -Coordinación: no dismetrías. Marcha: marcha de puntillas y talones conservada”.*

Se solicitan analítica de sangre y orina y valoración por parte de Neurología.

Tras valoración por Neurología, se solicita RMN (resonancia magnética) lumbar urgente. El informe de la RMN lumbar concluye: *“Hernia discal posteromedial L4- L5 (consideramos sacralización de L5. (imagen clave). Condiciona estenosis crítica del canal raquídeo. Discopatía L3-L4 sin compromiso de estructuras intrarraquídeas”.*

Dado los resultados de la RMN, se decide ingreso y se programa cirugía. Ese mismo día firma el consentimiento informado para cirugía y anestesia.

El día 8 de enero de 2024 por Neurocirugía se realiza hemilaminectomía y discectomía L4- L5, recogiendo en el informe de la intervención: *“Acceso: Incisión centrada en el espacio afecto, marcado con Rx, disección subperióstica derecha y comprobación de láminas L4-5 (contando con L5 está sacralizada) con Rx. Técnica quirúrgica: Hemilaminectomía inferior de L4 y superior de L5, en el lado derecho,*

comprobando compresión de la raíz y el saco por HDL (hernia discal lumbar), de modo que resulta muy complicado movilizarlas. Técnica microquirúrgica. Se amplía la hemilaminectomia produciéndose un desgarro dural. Se cubre el desgarro con lentinis y se separa la raíz comprobando la presencia de una voluminosa hernia subligamentaria. Se abre el espacio discal y salen dos grandes fragmentos de hernia migrados caudalmente. Se completa la discectomía y se comprueba una franca mejoría en el grado de movilidad del nervio y el saco, que no se muestran comprimidos. Se repara el desgarro dural con puntos de seda de 5/0 de modo que queda cierre estanco. Se apone Tachosil y un pequeño parche de grasa. Drenajes: Drenaje lumbar (DL) para evacuación de LCR (líquido cefalorraquídeo). Técnica de Cierre: cierre por planos según técnica habitual tras comprobar la hemostasia”.

El día 15 de enero de 2024 se emite alta hospitalaria con diagnóstico de hernia discal lumbar con déficit neurológico, haciéndose constar: “Tras la cirugía se mantuvo inicialmente con reposo y drenaje lumbar (DL) abierto, pudiendo luego incorporarse y deambular dada la ausencia de signos de fistula de LCR. Ha notado mejoría del dolor, aunque persiste discreto adormecimiento. La herida quirúrgica ha persistido seca y sin manchado tras la retirada del DL. Debido a la buena evolución, damos de alta con las recomendaciones reflejadas a pie de informe”.

El día 1 de febrero de 2024 acude a consulta de Neurocirugía, donde se anota: “Me comenta que persiste la retención urinaria pudiendo realizar micción espontánea, pero con esfuerzo. Con respecto a la hora de hacer deposición refiere que tiene más problemas, precisando Movicol hasta tres veces al día para lograr la deposición. Además, en ocasiones presenta incontinencia fecal, lo cual le limita su actividad diaria. No hace vida normal por miedo a un episodio de incontinencia. Refiere problemas también a la hora de mantener las erecciones no

pudiendo llevar a cabo relaciones sexuales como antes de presentar esta patología. Me comenta dolor neuropático sobre todo por la noche en región perineal que le dificulta el descanso nocturno. Está con pregabalina 25mg/12h. A la exploración fuerza 4/5 en MID. MII (miembro inferior izquierdo) fuerza 5/5. Pérdida de sensibilidad en región posterolateral y planta de pie derecho. Cicatriz quirúrgica con buen aspecto. Plan - Doy cita dentro de un mes para ver evolución. - Puede subir la dosis de pregabalina a 75mg en la noche”.

El 19 de febrero de 2024 se realiza RMN lumbar, con el siguiente informe: “Comparamos con la exploración previa realiza en enero/2024 (RM prequirúrgica). Cambios post-quirúrgicos 2s (secundarios) a hemilaminectomía derecha L4-L5: - Se ha resecado el fragmento discal extruido y migrado inferiormente. Restos/recidiva herniaria subarticular derecha que deforma la cara ventral del saco tecal y disminuyen el diámetro del receso lateral. Esta hernia discal coexiste con una estenosis de canal central, incluyendo ambos recesos laterales, 2s a la hipertrofia de las facetas articulares. Discopatía degenerativa L3-L4 con deshidratación discal. Cono medular sin alteraciones. Otros hallazgos: pequeño lipoma del filum terminal. CONCLUSION Hemilaminectomía derecha L4-L5; se ha resecado el fragmento extruido y migrado inferiormente. Restos/recidiva herniaria subarticular derecha que deforma la cara ventral del saco tecal; la hernia coexiste con una estenosis de canal central 2s a hipertrofia posterior”.

El día 14 de marzo de 2024 acude a consulta de Neurocirugía, anotándose: “Comenta que continua con debilidad para la dorsiflexión del pie derecho (objetivamente es poco) pero a él le repercute en que a veces se tropieza cuando tiene que subir algún escalón. Nota alteración sensitiva en planta pie y posterolateral de la pierna (previas). Continúa con dificultad para la micción (aunque la logra). En ocasiones nota sensaciones raras tipo hormigueo, calambres en región perineal”.

Se mantiene diagnóstico de lesión de la cola de caballo, sin lesión vertebral, y hernia discal lumbar con déficit neurológico. Se deriva a Rehabilitación, Urología y recomienda férula antiequino hasta que mejore la dorsiflexión del pie derecho.

El día 30 de abril de 2024 acude a consulta de Neurocirugía: *“Continúa similar en cuanto a la alteración en la fuerza de pie derecho y a la clínica esfinteriana (retención urinaria y fecal con incontinencia posterior por rebosamiento, no logra mantener las erecciones ni eyacular). Está en seguimiento por Urología (pendiente de realizar en junio estudio Urodinámico) y por rehabilitación. Refiere dolor axial que le molesta sobre todo por la noche. A la exploración fuerza 4/5 en MID. MII fuerza 5/5. Pérdida de sensibilidad en región posterolateral y planta de pie derecho. Cicatriz quirúrgica con buen aspecto. En la RM columna lumbar de febrero se observan restos de hernia de disco L4- L5 que generan estenosis del canal y del foramen derecho. Resección aparentemente completa del fragmento extruido. Plan: - Debido a que el paciente presenta una clínica esfinteriana que le compromete en su día a día, considero adecuado realizar gestión de Rehabilitación Ambulatoria de suelo pélvico en el HNPP (Hospital Nacional de Paraplégicos) de Toledo. Cito en dos meses para ver evolución clínica; por el momento no me planteo nueva intervención del resto de la hernia de disco puesto que los síntomas están estabilizados y el dolor radicular controlado. Añado ibuprofeno 600mg/24h para tomar antes de acostarse (4h después del metamizol) en el caso de que presentara excesivo dolor axial”.*

El día 16 de mayo de 2024 se emite el siguiente informe por Neurocirugía para derivación a H. Nacional de Paraplégicos de Toledo: *“En el momento de elaboración del presente informe (16/5/24) el paciente presenta los siguientes problemas neurológicos: hipoestesia perineal con dolor neuropático en periné que le dificulta el descanso nocturno a pesar de pregabalina a dosis de 100mg/12h. Actualmente*

tiene tendencia a la retención urinario-fecal con incontinencia por rebosamiento, lo cual le compromete a la hora de realizar actividades cotidianas, fundamentalmente las que engloban la esfera social. En el ámbito sexual, tiene dificultad para mantener las erecciones y no logra la eyaculación. A nivel motor continúa con debilidad 4/5 sobre todo en la flexo-extensión de tobillo y dedos del pie derecho, resto fuerza 5/5 sin alteraciones sensitivas. Es capaz de deambular de forma autónoma.

Por todo esto consideramos que el paciente se beneficiaría de realizar rehabilitación y seguimiento por unidad de suelo pélvico/urología de H. Nacional de Paraplégicos de Toledo en régimen ambulatorio”.

El día 27 de agosto de 2025 acude a consulta de Neurología del HUDO, donde se recoge: *“En resumen, varón de 42 años con secuelas de un síndrome de cola de caballo consistentes en alteración esfinteriana, hipoestesia perianal S2-S3, hipoestesia S1 derecha (arreflexia aquilea, hipoestesia global incluida artrocinética) e hiperalgnesia L5 izquierda. Tanto la exploración como la neurofisiología indican este origen lesional”.*

TERCERO.- Incorporada al expediente la historia clínica del paciente, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del procedimiento y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se recabó informe al HUM, cuya asistencia es objeto de reproche.

Así, con fecha 30 de agosto de 2025 se emite informe por el jefe del Servicio de Neurocirugía, en el que se explica: *“Ante una clínica de lumbociática en un paciente con historia previa de patología de columna lumbar de tipo degenerativo, ya conocida, como era el caso, y que había respondido a tratamiento conservador, la primera aproximación ante la ausencia de signos de alarma (focalidad neurológica, alteración*

esfínteriana) es intentar un tratamiento conservador como se realizó. Una vez que el paciente acude de nuevo a urgencias y presenta afectación neurológica (parestesias) y tras una exhaustiva exploración neurológica normal, se decide la realización de una RM urgente. Por lo tanto, no existe retraso diagnóstico, dado que se realizan las exploraciones pertinentes cuando el paciente acude con reagudización de los síntomas y clínica neurológica. Predecir cuándo un paciente con una lumbociática va a presentar un deterioro es muy difícil y siempre se debe intentar un tratamiento conservador mientras sea posible realizarlo.” Concluye el informe afirmando que no hubo retraso en el diagnóstico ni que dicho retraso tuviera relación con el desarrollo de las secuelas que presenta el paciente.

También consta informe fechado el 22 de septiembre de 2025, emitido por el jefe del Servicio de Traumatología del HUDO, en el que tras referir la asistencia prestada en Urgencias en diciembre de 2023, concluye que no presentaba la sintomatología que después desarrollaría, no justificando *sensu stricto* otras medidas distintas la tratamiento sintomático y la vigilancia clínica por parte de su médico de Atención Primaria, añadiendo que la sospecha posterior del síndrome de cola de caballo sí justifica lo realizado posteriormente.

También se ha recabado informe de la Inspección Médica, que es emitido el 13 de noviembre de 2025. En él se recoge la historia clínica, se hacen las consideraciones médicas pertinentes, analizando la asistencia prestada al reclamante y refiriendo que la persistencia de sintomatología no se puede relacionar con una mala praxis, afirmándose que se había atendido al paciente de manera correcta, tanto en consulta de Atención Primaria como en consulta Urgencias y durante el ingreso hospitalario. Concluye la inspectora médica descartando la existencia de mala praxis.

Otorgado trámite de audiencia, la notificación no pudo practicarse en el domicilio indicado por el reclamante al figurar como desconocido, procediéndose a la notificación edictal mediante su publicación en el BOE de 8 de junio de 2026, no constando la formulación de alegaciones.

Finalmente, el 12 de agosto de 2026 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora General del Servicio Madrileño de Salud, en la que concluye desestimando la reclamación, al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 14 de septiembre de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de septiembre de 2026.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad

patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

La legitimación para reclamar no ofrece duda alguna en tanto el reclamante es quien ha sufrido las secuelas derivadas de lo que entiende un retraso en el diagnóstico.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en un centro hospitalario de la red del SERMAS.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la asistencia reprochada es el retraso en el diagnóstico de la enfermedad del síndrome de cola de caballo durante el mes de diciembre de 2023, por lo que, habiéndose presentado la reclamación el 10 de abril de 2024 antes de que estuvieran estabilizadas las secuelas, la acción se ha ejercido en plazo.

En la tramitación se ha cumplido los presupuestos exigidos, al haberse emitido informe por el servicio afectado por la reclamación, tal y como exige el artículo 81 de la LPAC, incorporándose posteriormente el informe de la Inspección Médica.

De acuerdo con el artículo 82 LPAC, se ha dado audiencia al reclamante que, conforme al artículo 44 de la misma ley, fue notificado por edictos al constar como desconocido en el domicilio comunicado en su reclamación.

Finalmente, se ha formulado una propuesta de resolución que analiza la concurrencia de los elementos propios de la responsabilidad patrimonial.

Cabe reseñar, no obstante, que se ha superado muy ampliamente el plazo de seis meses legalmente previsto para la resolución del procedimiento, dilatándose su tramitación durante más de dos años. En este punto, tal como venimos recordando en nuestros dictámenes a propósito de esta falta de resolución en plazo, dicha situación contradice el deber de la Administración de actuar conforme a los principios de eficacia y celeridad. No obstante, el transcurso del plazo no exime a la Administración de su obligación de resolver expresamente y sin vinculación alguna con el sentido del silencio desestimatorio producido ni, en consecuencia, a esta Comisión Jurídica Asesora de informar la consulta.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal

Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella*

que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los*

avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, consta acreditada en la historia clínica y en los informes obrantes en el expediente las secuelas neurológicas que conlleva el síndrome de cola de caballo, con una evidente afectación en la calidad de vida del reclamante.

Ahora bien, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla, en concreto la necesaria relación de causalidad y la antijuridicidad del daño.

En este sentido, el reproche que hace el reclamante a la actuación de los facultativos se concreta en el retraso en el diagnóstico cuando acudió a Urgencias del HUDO el 16 de diciembre de 2023, donde indica que no le realizaron ninguna exploración física, ni pruebas de imagen.

Debemos partir de la premisa de que el retraso en un diagnóstico no es *per se* indemnizable, requiriéndose para que pueda apreciarse la responsabilidad que, según las circunstancias concretas del caso y los medios disponibles, una valoración médica acorde a la *lex artis*

hubiera llevado a un diagnóstico en fases más tempranas, y que esta detección precoz hubiera permitido una mejor evolución o, al menos, una expectativa de mejoría. En ese sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017), dice: *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que este sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”*.

Ciertamente, no es exigible realizar otras pruebas que las que a la vista de la sintomatología y características de la paciente sean recomendables, sin que resulte procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en cuyo caso se incurriría en la llamada *“prohibición de regreso”*. En efecto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

Para poder valorar si la demora en el diagnóstico final es imputable a un deficiente proceder de los facultativos o no, resulta ineludible acudir a los informes médicos dado el carácter técnico de la materia.

En el expediente, además de los informes emitidos por los servicios intervinientes, solo obra la valoración de la actuación médica realizada por la Inspección Sanitaria, que emite su informe en el procedimiento con criterios exclusivamente profesionales y objetivos, lo que le otorga un especial valor, tal y como bien reiterando esta Comisión y la doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

Así, el informe de la inspectora médica hace un análisis detallado de cada una de las asistencias prestadas y en concreto, respecto a la del día 16 de diciembre de 2023 que se reprocha por el reclamante refiere: *“es atendido, en urgencias del H. U. Doce de Octubre, por referir dolor en miembro inferior derecho señala dolor en musculatura isquiotibial y en gemelo derecho, no se describe dolor a nivel lumbar. Se realiza una exploración física dirigida al dolor y se descartan otras causas como trombosis venosa profunda con signos de Hoffmans negativo. Dada la exploración física y clínica descritas no fue necesario solicitar pruebas de imagen”.*

A lo afirmado por la inspectora se une la propia historia clínica, donde se recoge claramente, frente a lo sostenido por el reclamante, la existencia de una exploración física que no mostró signos de alarma.

La ausencia de realización de pruebas de imagen con carácter urgente en ese momento está también justificada, de acuerdo con la inspectora médica, en la ausencia de signos de alarma, lo que también es afirmado por el jefe del Servicio de Traumatología.

Debe también tenerse en cuenta que, en los días posteriores, 18 y 22 de diciembre, el ahora reclamante acudió a su centro de salud para el seguimiento, y la médica de familia también le realizó exploraciones físicas, recogiendo que tenía fuerza y sensibilidad conservada, y marcha puntilla talón conservada, sin incontinencia alguna.

Por tanto, como afirman tanto la inspectora médica como los jefes de los servicios intervinientes, en ese momento no existía signos de alarma que requirieran otra actuación que el tratamiento conservador y sintomático. En este sentido es claro el informe del jefe del Servicio de Neurocirugía al decir: *“Ante una clínica de lumbociática en un paciente con historia previa de patología de columna lumbar de tipo degenerativo, ya conocida, como era el caso, y que había respondido a tratamiento conservador, la primera aproximación ante la ausencia de signos de alarma (focalidad neurológica, alteración esfinteriana) es intentar un tratamiento conservador como se realizó y sin que estuviera indicado pruebas de imagen y , mucho menos de carácter urgente”*.

La evolución posterior de la patología sí mostró signos de afectación neurológica el 2 de enero de 2024, cuando acude a su centro de salud y es derivado a Urgencias, donde se le realizó el mismo día RMN y se pautó ingreso hospitalario para cirugía, habiéndose actuado, según refiere el informe de la Inspección, de manera diligente.

Por otra parte, como afirma la inspectora informante, tras la cirugía del síndrome de cola de caballo es frecuente que persistan síntomas residuales en relación a la micción, defecación y función sexual, independientemente del momento de la descompresión

quirúrgica. En este sentido, el jefe del Servicio de Neurocirugía también señala que *“no existe una clara relación entre la recuperación de la función esfinteriana y la precocidad de la cirugía ante un cuadro establecido de cola de caballo. A esto se une el hecho de que la clínica que presentaba el paciente no era el de una cola de caballo, sino una afectación consistente en parestesias y dificultad esfinteriana, sin incontinencia, y sin que se objetivara afectación motora”*.

Así, de la historia clínica y de los informes médicos obrantes en el expediente se infiere que, ante una patológica de columna, cuya clínica se había manifestado años antes, el tratamiento conservador pautado era el procedente, no siendo indicado el tratamiento quirúrgico hasta la existencia de signos de afectación neurológica relevante, no debiéndose obviar a este respecto los importantes riesgos que esa cirugía conlleva, como esta Comisión ha podido comprobar en números procedimientos relativos a reclamaciones por complicaciones derivadas de esa intervención.

Por tanto, de acuerdo con valoración profesional realizada por la Inspección Médica de la asistencia prestada al reclamante, que es calificada como adecuada y acorde con la *lex artis*, no podemos sino excluir la existencia de responsabilidad de los servicios sanitarios públicos.

En mérito de cuanto antecede, se emite la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir daño antijurídico derivado de la asistencia sanitaria.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 30 de septiembre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 575/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid