

Dictamen n.º: **579/26**
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 un abogado en representación de Dña., por los daños y perjuicios sufridos por un retraso en el tratamiento del síndrome de cola de caballo, como consecuencia de un error en la intervención quirúrgica de una hernia discal, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por un abogado en representación de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado en el Registro de la Consejería de Sanidad el día 19 de abril de 2024, firmado por la reclamante y su abogado.

La reclamante indica que, con 28 años de edad y con antecedentes de epilepsia, apendicectomía, aumento mamario, colecistectomía, estrabismo y hernia discal L5-S1 intervenida en 2018, acudió al Servicio

de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM, en adelante) por presentar dolor lumbar de fuerte intensidad, irradiado a miembro inferior izquierdo (MII), y episodio de incontinencia urinaria. Detalla la exploración física que se le realizó y el resultado de la resonancia magnética de 29 de abril de 2023 que concluye:

“En el nivel L5-S1 se observan cambios postquirúrgicos en relación con hemilaminectomía y flabectomía en el lado izquierdo.

Se identifica una protrusión posterior del disco intervertebral que se asocia a un fragmento herniario extruido dorsolateral izquierdo que ocupa el receso lateral del mismo lado”.

De lo anterior, la reclamante colige que se sospechó síndrome de cola de caballo derivado de recidiva de hernia discal lumbar (HDL) en L5-S1, por lo que programaron una intervención quirúrgica urgente que se llevó a cabo el 30 de abril de 2023 mediante hemilaminetomía y microdisectomía L5-S1.

Manifiesta que el 5 de mayo de 2023 tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del mismo hospital por presentar dolor importante en el MII y parestesias en la pierna, siendo dada de alta con la indicación de tratamiento con gabapentina 300 mg. cada 8 horas y tramadol 25 mg cada 8 horas si tenía más dolor.

Indica que el 12 de mayo de 2023 ingresó en el Servicio de Neurocirugía del HGUGM, a través del Servicio de Urgencias, por presentar pequeñas pérdidas iniciales de orina hasta llegar a la incontinencia urinaria completa e incontinencia fecal parcial, así como pérdida de fuerza en pierna izquierda. Detalla la exploración física que le realizaron.

El 16 de mayo de 2023 le hicieron una resonancia magnética para valoración de recidiva en paciente intervenida de hernia lumbar con

cuadro de dolor lumbar e incontinencia, que se comparó con la previa de 29 de abril, de la que detalla el resultado y la conclusión que es la siguiente:

“Cambios postquirúrgicos en los niveles anatómicos L4-L5 y L5-S1.

Persiste hernia discal extruida subarticular izquierda L5-S1, obliterando el receso lateral y contactando con la raíz S1 ipsilateral”.

Es decir, afirma la reclamante, *“dicha prueba demostraba que en la intervención urgente practicada el 30/04/2023 (programada para realizar hemilaminetomía y microdisectomía L5-S1), en realidad y por error, se había intervenido sobre L4-L5: En el nivel anatómico L4- L5, se evidencian alteraciones postquirúrgicas recientes. Persiste hernia discal extruida subarticular izquierda L5-S1”* y, añade, que *“el contenido de la historia clínica no deja lugar a la duda”,* pues recoge textualmente lo siguiente: *“Se interpreta como posible error de nivel previo y se indica nueva cirugía el día 17/5/23 con hallazgo de gran hernia con fragmento intradural L5-S1 izquierda”.*

Expone que, ante la persistencia de herniación en espacio L5-S1 y en atención a la sintomatología -dado que se había intervenido en la cirugía previa, por error, el espacio L4-L5- se decidió realizar cirugía con microdiscectomía (ahora sí sobre L5-S1), el 17 de mayo de 2023, comprobando que, efectivamente, permanecía una gran hernia discal con compresión extrema de raíz. El diagnóstico fue de *“Síndrome de Cola de Caballo por Hernia Discal”.*

Asevera que la incorrecta primera cirugía, en la que se intervino sobre un espacio anatómico en el que no estaba la hernia que causaba el síndrome de cola de caballo, dejando sin intervenir la hernia que lo provocaba, supuso un retraso en el tratamiento del síndrome de cola de

caballo (patología que requiere tratamiento urgente, pues, de lo contrario, de instaura daño neurológico).

Refiere que fue dada de alta hospitalaria el 22 de mayo de 2023 y que, actualmente, presenta acorchamiento de parte lateral del pie y de los dos últimos dedos. Esta falta de sensibilidad le impide la conducción de vehículos (coche) y determinadas acciones que requieren fuerza y estabilidad con ambos pies (subirse a un apoyo o a una escalera, entre otros). Además, sufre dolor de espalda, por el que le han prescrito tratamiento rehabilitador.

Solicita una indemnización por importe de 103.829,55 euros, de acuerdo con el desglose que efectúa en su escrito, aplicando a título orientativo el baremo de 2023 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, sobre reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, más los intereses, sin perjuicio de una ulterior liquidación, una vez se conozca el alcance definitivo de las secuelas que sufre.

Considera que concurren todos los elementos de la responsabilidad patrimonial, que el presente supuesto de pérdida de oportunidad ha surgido, precisamente, como consecuencia de una infracción de la *lex artis* del facultativo y que existe una “*RELACIÓN CAUSA (intervención realizada de forma incorrecta al haber operado la hernia que no correspondía) – EFECTO (las lesiones y secuelas irreversibles que constan en la historia clínica)*”.

Adjunta al escrito de reclamación copia de su historia clínica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicita la historia clínica al HGUGM y a Atención Primaria, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés para la emisión del presente dictamen:

El 29 de abril de 2023, la reclamante, con epilepsia y antecedentes de apendicectomía, aumento mamario, colecistectomía, hernia de Pitterson, hernia discal, cirugía estrabismo y cirugía de reducción estómago, acude a Urgencias del HGUGM. Neurocirugía anota en su historia clínica: *“En vista de posible compresión de cola de caballo solicito RM urgente”*. El informe de la resonancia magnética (RM) de columna lumbar sin contraste revela:

“En el nivel L5-S1 se observan cambios postquirúrgicos en relación con hemilaminectomía y flabectomía en el lado izquierdo.

Se identifica una protrusión posterior del disco intervertebral que se asocia a un fragmento herniario extruido dorsolateral izquierdo que ocupa el receso lateral del mismo lado.

En este segmento también se observan cambios degenerativos en relación con una hipertrofia de carillas articulares interapofisarias y un pequeño hundimiento del platillo vertebral inferior de L5 con alteraciones de la señal subcondrales.

En L4-L5 se observan una leve disminución de altura con hipointensidad en secuencias T2 del disco intersomático que presentan una pequeña protrusión posterior del disco que provoca una disminución de las porciones inferiores los agujeros de conjunción.

Conclusión: Cambios postquirúrgicos en el segmento L5-S1 con signos que sugieren recidiva de hernia discal extruida dorsolateral izquierda”.

Se anota en su historia clínica: *“En RM lumbar se aprecia recidiva de hernia L5-S1 con compresión de la raíz L5 izq., se decide cirugía urgente. Firma consentimiento informado”*.

En el documento de consentimiento informado del Servicio de Neurocirugía para el procedimiento de hernia de disco lumbar, discectomía simple o microdiscectomía, firmado por la reclamante el 29 de abril de 2023, se describe el procedimiento y se hace una descripción de los riesgos típicos indicando que:

“El comité de ética de la Sociedad Española de Neurocirugía y la sociedad de Neurorraquis han elaborado una lista de las complicaciones más frecuentes:

-Lesión radicular nueva, persistencia o agravamiento de la existente (0,5-2%).

- (...).

- Recidiva de hernia discal que necesite la reintervención (2,8-11%).

- (...).

- Error de espacio intervertebral (0-1,4%). - (...).

- Lumbalgia residual (5-18%). - (...).

La probabilidad de mejoría del dolor irradiado secundaria a la compresión radicular oscila entre el 70 y el 85%. Hay un 15-30 % de pacientes en los que no se produce mejoría del dolor irradiado a pesar de una correcta descompresión radicular y que puede tener diferentes causas (lesión radicular irreversible a pesar de la cirugía, recidiva de hernia discal, compresión radicular por fibrosis postquirúrgica ...).”

En el apartado denominado “otras consideraciones” figura: “Ha quedado totalmente aclarado lo siguiente: 1. Que entiendo la necesidad de la operación propuesta. 2. Que se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnósticas,

procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro. 3. (...). 4. Que entiendo que no se me pueden dar garantías sobre los resultados. 5. Que he tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado. Ponderados los riesgos y las ventajas, he decidido someterme a la intervención quirúrgica propuesta”.

El 30 abril 2023 Neurocirugía anota en la historia clínica: “Mujer de 28 años, con antecedente de HDL L5-S1 intervenida, en lista de espera para intervención quirúrgica por HDL L4-L5 en Zaragoza. Acude a urgencias por dolor lumbar de fuerte intensidad irradiado a MII, además refiere episodio de incontinencia urinaria hace 24h”. En la exploración física: “BEG, afebril. GCS 15/15 Fuerza muscular 4/5 para flexión de la cadera y extensión de la rodilla. Hipoestesia en cara lateral de pierna y muslo izquierdo. Anestesia en periné izquierdo. ROTs II/IV. Esfínter rectal hipoactivo”. En vista de sospecha de síndrome de cola de caballo se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza hemilaminetomía y microdisectomía L5-S1 sin complicaciones. La paciente evoluciona favorablemente, desaparece el dolor en MII y mejora la sensibilidad. Herida quirúrgica de buen aspecto, levantada y paseando. En vista de la buena evolución se decide alta con seguimiento en consultas externas.

El 5 de mayo de 2023 acude a Urgencias del HGUGM. Vista por Neurocirugía por dolor importante en MII y parestesias en la pierna, con mejoría de sensibilidad respecto a antes de la cirugía y sin nuevos episodios de relajación de esfínteres, se le realiza radiografía lumbar: sin signos de complicaciones. Con el diagnóstico de lumbociatalgia se le remite a seguimiento en consultas externas.

El 10 de mayo de 2023 vista por Neurocirugía de guardia que en el comentario de evolución detalla que tras la cirugía tuvo mejoría del dolor que, desde entonces, ha ido en aumento y desde hace 3 días tiene pequeños escapes de orina y que ese día ha tenido una incontinencia urinaria completa. Comenta incontinencia parcial fecal. Ha notado

pérdida de fuerza en pierna izquierda. Comenta sensación de calambre y pinchazos, que también nota en toda la zona perineal. Niega fiebre u otra clínica infecciosa. Acudió por dolor el viernes pasado, dolor que refiere creciente desde la intervención. Consta el resultado de la exploración física e ingresa en Neurocirugía.

El 16 de mayo de 2023 se le realiza una RM de columna lumbar “a paciente intervenida de hernia lumbar con cuadro de dolor lumbar e incontinencia para valorar recidiva”, sin y tras la administración de contraste intravenoso (CIV) y se compara con RM previa realizada el 29 de abril de 2023:

“Cambios postquirúrgicos tras laminectomía izquierda reciente en L5 y L5-S1 previa. Pequeña colección en partes blandas de la región intervenida, dentro de lo esperado para el tiempo postquirúrgico y sin signo de complicación.

- En el nivel anatómico L5-S1 se observa una hernia extruida subarticular, ocupando el receso lateral izquierdo y comprimiendo la raíz S1 proximalmente.

- En el nivel anatómico L4-L5, se evidencian alteraciones postquirúrgicas recientes con cambios inflamatorios-cicatriciales en región posterolateral izquierda, signos de microdiscectomía posterior y parasagital izquierda y sin observarse hernias ni fragmentos discales.

Resto de la exploración sin alteraciones significativas.

Conclusión:

Cambios postquirúrgicos en los niveles anatómicos L4-L5 y L5-S1.

Persiste hernia discal extruida subarticular izquierda L5-S1, obliterando el receso lateral y contactando con la raíz S1 ipsilateral”.

Le explican los hallazgos de la RM y la persistencia de HDL L5-S1 izquierda. Comentan el caso con los compañeros de guardia para una posible cirugía urgente ese día y se le entrega a la reclamante el documento de consentimiento informado escrito que firma el 16 de mayo de 2023.

El 17 de mayo de 2023 ante persistencia de herniación en espacio L5-S1 (cirugía previa en L4-5) se decide cirugía con microdiscectomía. Se evidencia gran hernia discal con compresión extrema de raíz. Se procede a resección herniaria. Durotomía incidental.

Es dada de alta el día 22 de mayo de 2023 tras un postoperatorio de curso satisfactorio con mejoría de sensibilidad perineal, recuperación de continencia urinaria y fecal, así como mejoría significativa de dolor. Deambulación autónoma sin déficit motor. La herida presenta al alta un buen aspecto, sin signos inflamatorios ni de fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR). Consta como diagnóstico principal: síndrome cola de caballo por hernia discal; otros diagnósticos: hernia discal L5-S1 y procedimientos: microdiscectomía lumbar.

El 23 de junio de 2023 acude a revisión a consultas externas de Neurocirugía. Refiere leves molestias residuales, acorchamiento de la parte lateral del pie y de los dos últimos dedos; sin dolor lumbar; cicatriz quirúrgica bien.

El 15 de septiembre de 2023, vista en Neurología por traumatismo craneoencefálico, se le solicita una tomografía axial computarizada (TAC) craneal y se le prescribe gabapentina. Con el diagnóstico de cefalea frontal postraumática se le cita a revisión en 3-4 meses, con cita telefónica tras el TAC.

El 14 de diciembre de 2023, en los comentarios de evolución de Neurocirugía se anota: *“Paciente que ingresa con sospecha de sd*

(síndrome) de cola de caballo (ver informes previos). Se realiza inicialmente hemilaminetomía y microdissectomía L5-S1 sin complicación en abril de 2023. Sin embargo, persiste mal control de dolor radicular y episodio ocasional de incontinencia, por lo que se realiza nuevo control de imagen en mayo de 2023: Se realiza RM de columna lumbar sin y tras la administración de CIV y se compara con RM previa realizada el 29/04/23” (se anota el resultado). Añade: “Se interpreta como posible error de nivel previo y se indica nueva cirugía el día 17 /5/23 con hallazgo de gran hernia con fragmento intradural L5-S 1 izquierda. El curso clínico posterior es satisfactorio. A día de hoy mantiene un control normal de esfínteres, recuperación de sensibilidad perineal, sin embargo persiste acorchamiento de parte lateral de pie y 2 últimos dedos. Alta por nuestra parte”.

El 18 de abril de 2024 va a consulta de Rehabilitación de columna remitida por el médico de Atención Primaria tras intervención quirúrgica de columna lumbar. Se anota en la historia que: “refiere que tiene dolor lumbar, peor por las mañanas, o con la bipedestación o sedestación prolongada. Lleva un mes con calambres en MII, contractura potente de gemelo izquierdo que interrumpe el sueño. Neurología le recomendó gabapentina 300 mg c/12 horas por cefalea, al menos 4 meses, pero lo ha dejado porque han mejorado las cefaleas. Cicatriz en buenas condiciones. Columna alineada. No asimetría franca de pliegues. Espinopresión negativa. Sin contractura paravertebral. molestias últimos niveles lumbares. Movilidad conservada, DOS 20 cm. Sin dolor con las flexiones laterales ni rotaciones Lassegue y Bragard negativos. BM 5/5 global, ROT II/IV simétricos, hipoestesia cara externa de pierna izquierda. Puntillas y talones Ok. Marcha estable”. Juicio clínico: lumbociatalgia izquierda crónica, sin datos de alarma. Síndrome de Cola de Caballo (gran HD L5-S1) intervenida, con buena evolución funcional.

En dicha consulta se le explica el diagnóstico y la evolución habitual; se le dan pautas de higiene postural y ejercicios para

domicilio, que debe realizar de forma regular, se le indica que adopte medidas para controlar el peso corporal, y mantenga una actividad física regular; se le entrega y explica la Guía de Autocuidados de Columna Vertebral; se le recomienda retomar gabapentina como le ha indicado Neurología, se le explica el porqué de mantener medicación al menos los cuatro meses que le han indicado, tanto para cefaleas/migrañas como para DNP de MMII. Asimismo, se anota que, según protocolo de consenso, en el momento actual no cumple criterios de derivación a servicio quirúrgico ni a la Unidad del Dolor. Se le pauta tratamiento de CT (cinesiterapia) para aprender ejercicios de columna, que deberá continuar realizando en domicilio o gimnasio al alta. Se le pide EMG/ENG para documentar el daño neurológico, se le explica que no cambiará la conducta terapéutica y se le cita para revisión telefónica con los resultados.

TERCERO.- Presentada la reclamación se acuerda la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC) y se notifica a la reclamante.

El 28 de junio de 2024 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación.

El 8 de julio de 2024 emite informe el Servicio de Neurocirugía del HGUGM en el que, después de pormenorizar los antecedentes, la intervención quirúrgica y la evolución postoperatoria inmediata, la evolución posterior al alta, así como el seguimiento en consultas externas, da cumplida respuesta a las cuestiones reclamadas, como analizaremos posteriormente, y concluye:

“Por todo lo expuesto, consideramos que, aunque precisó dos intervenciones para la resolución del proceso, no se pueden atribuir

al mismo la sintomatología actual de la paciente. En nuestra opinión, y tras contrastarlo con la evidencia científica disponible, dentro del contexto individual de esta paciente, el resultado clínico es superior a lo esperado para un caso de síndrome de cola de caballo”.

El día 1 de julio de 2025 la Inspección Sanitaria, después de narrar los hechos y efectuar un juicio crítico, concluye en su informe que *“la asistencia sanitaria dispensada a Dña. (reclamante) por el Servicio de Neurocirugía del Hospital U. Gregorio Marañón, fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”.*

El 10 de septiembre de 2025 la aseguradora, a instancia del SERMAS, emite informe en el que *“no analiza la praxis médica, únicamente se realiza al objeto de valorar las consecuencias que, el posible error ha podido provocar. En este caso, durante la cirugía de columna lumbar se produjo un error de disco, persistiendo la hernia discal que, requirió nueva Qx para su reparación”* y valora el daño en 14.428,60 euros, con el desglose que en el mismo se contiene.

Finalizada la instrucción del procedimiento, el 9 de febrero de 2026 se notifica telemáticamente el trámite de audiencia a la reclamante que, el siguiente día 26, se ratifica íntegramente en su escrito de reclamación, muestra su disconformidad con el informe de Inspección, pues considera evidente que lo que ocurrió fue que se intervino un nivel de disco equivocado, no que recidivó la hernia, de acuerdo con la historia clínica, destaca que el informe de la perito de la aseguradora reconoce que *“durante la intervención de cirugía de columna lumbar se produjo un error de disco, persistiendo la hernia discal que requirió nueva Qx para su reparación”*, y manifiesta su disconformidad con la valoración del informe de valoración del daño corporal.

El 20 de agosto de 2026 la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud propone estimar parcialmente la reclamación y concederle una indemnización de 14.428,60 euros.

CUARTO.- El 11 de septiembre de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta de este expediente n.º 577/26 a la letrada vocal Dña. M.^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión celebrada en el día señalado en el encabezamiento de este dictamen.

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 quince mil euros, 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. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo capítulo IV del título

preliminar se ocupa de la responsabilidad de las Administraciones públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y del artículo 32 de la LRJSP, al tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Actúa representada por un abogado al que confiere su representación en el escrito de reclamación, es decir, en un documento privado que no cumple el requisito de fehaciencia impuesto por la normativa de procedimiento administrativo. Sobre este particular debemos recordar que, como viene señalando esta Comisión Jurídica Asesora, es necesario que la representación en el procedimiento administrativo se acredite mediante cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna de su existencia –ex. artículo 5. 3.º y 4.º LPAC-. No obstante existir un defecto de falta de acreditación de la representación, en este supuesto se observa que la reclamante ha firmado tanto el escrito de reclamación y como el de alegaciones, por lo que se entiende que actúa en nombre propio.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el HGUGM, centro integrado en la red sanitaria del SERMAS.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC). En el presente supuesto, la reclamante reprocha las consecuencias derivadas de la intervención quirúrgica que se le realizó el 30 de abril de 2023 por lo que la

reclamación presentada el 19 de abril de 2024, lo está dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC del Servicio de Neurocirugía del HGUGM. Se ha incorporado al expediente la historia clínica, el informe de la Inspección Sanitaria y un informe de valoración del daño corporal. Posteriormente, se ha dado audiencia a la reclamante de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC y, por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016) 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 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. 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.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público en cuanto que el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así se pronuncia la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso 5434/2024) según la cual:

«(...) 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» - sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril , 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010-, por lo que “la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible”.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2026 (recurso 744/2024).

Asimismo, las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de marzo de 2026 (recurso 112/2023) y de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerdan que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente”*.

CUARTA.- La reclamante reprocha que la intervención realizada de forma incorrecta, al haber intervenido la hernia que no correspondía, ha producido como efecto las lesiones y secuelas irreversibles que constan en la historia clínica.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de marzo de 2026 (recurso 809/2024) y la de 24 de febrero de 2026 (recurso 744/2024) con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Corresponde, por tanto, a la reclamante probar con medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, pues como declaran las sentencias de la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 7 de mayo de 2026 (recurso 807/2023), de 6 de noviembre de 2025

(recurso 852/2023) y de 7 de julio de 2025 (recurso 142/2023) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica...”*.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento prueba alguna que acredite que la atención que le fue dispensada fue incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno.

Ante esta falta de esfuerzo probatorio, a la vista de la historia clínica, el informe del Servicio de Neurocirugía y el informe de la Inspección Sanitaria sostienen que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Así, el Servicio de Neurocirugía del HGUGM detalla la asistencia prestada y el protocolo quirúrgico de la intervención efectuada el 29 de abril de 2023:

“FECHA INTERVENCIÓN: 29/04/2023 16:50:00

(...)

VÍA DE ACCESO:

Incisión en línea media centrada con control fluoroscópico. Disección de musculatura paravertebral izquierda hasta exponer láminas de L5 y S1

HALLAZGOS:

Cicatriz voluminosa en espacio interlaminar. Raíz S1 comprimida y atrapada en foramen L5-S1 izquierdo.

TÉCNICA:

Disección microquirúrgica de cicatriz en espacio interlaminar, hemilaminectomía de lámina de L5, exposición de saco dural. identificación de espacio discal L5-S1 y microdissectomía. Foraminotomía L4-L5 izquierda hasta observar raíz S1 completamente descomprimida. Hemostasia y cierre por planos.

TÉCNICA DE CIERRE: (...)”.

A continuación, en su informe da cumplida respuesta a las cuestiones planteadas en la reclamación.

Así, en cuanto al retraso en el tratamiento del síndrome de cola de caballo y que este sea la causa de los síntomas actuales de la paciente, señala que *“el error de nivel de la hernia intervenida se produce a pesar de haber puesto todos los medios disponibles para evitarlo, contando con uso de radiología intraoperatoria. Es decir, la actuación fue en todo caso conforme a las exigencias de la lex artis”* y que, a pesar de ello, en el postoperatorio inmediato, evidencia una mejoría de síntomas y decide irse.

Respecto a las secuelas que refiere: *“acorchamiento en parte lateral del pie y dos últimos dedos”* y *“dolor de espalda por el que le han prescrito tratamiento rehabilitador”* indica: *“El cuadro clínico conocido como Síndrome de Cola de Caballo es secundario a una neuropatía compresiva de las raíces lumbosacras; los síntomas incluyen dolor lumbar, dolor radicular en miembros inferiores, debilidad en miembros inferiores, así como parestesias o hipoestesia en los mismos, pérdida de sensibilidad perineal y glútea y disfunción sexual y de esfínteres urinario y fecal. La paciente presenta en ambas ocasiones (previo a primera y a segunda cirugía) signos y síntomas compatibles con afectación tanto sensitiva, motora como de esfínteres”*.

Seguidamente, incluye diversos estudios científicos que muestran evolución habitual de este síndrome tras su tratamiento quirúrgico, y señala que, en el caso concreto de esta paciente, *«tanto los síntomas motores como los derivados de disfunción de esfínteres urinario y fecal, se han resuelto de manera COMPLETA, sin tener ninguna sintomatología atribuible a ambas esferas en el momento actual. Esto supone unos resultados muy superiores a los referidos en la literatura, incluso con cirugías sin retraso como es el caso objeto de reclamación (cifras aportadas de 40-76% para afectación vesical y 38-40% de déficit motor permanente)»*.

En cuanto al déficit sensitivo que refiere tener, “acorchamiento en parte lateral del pie y dos últimos dedos ...”, entra dentro de lo esperable según la literatura actual, ya que los síntomas sensitivos son los que tiene un peor resultado tal como se describe en los trabajos presentados (50-70% secuelas).

El dolor lumbar que aqueja la paciente está en el contexto no sólo de la evolución normal de esta patología, como reflejan los estudios arriba descritos, sino que son parte del proceso degenerativo de la columna lumbar que en la paciente ya se había detectado y tratado antes de acudir a nuestro centro, incluso con una cirugía lumbar previa en otro centro».

Por todo lo expuesto, consideran que, *“aunque precisó dos intervenciones para la resolución del proceso, no se pueden atribuir al mismo la sintomatología actual de la paciente. En nuestra opinión, y tras contrastarlo con la evidencia científica disponible, dentro del contexto individual de esta paciente, el resultado clínico es superior a lo esperado para un caso de síndrome de cola de caballo”*.

La Inspección Sanitaria asevera que *“han interpretado mal en la reclamación que sólo se intervino el nivel L4-L5, cuando se intervinieron ambos niveles, como así consta en el informe de RM columna del 16 de*

mayo de 2023: Cambios postquirúrgicos en los niveles L4-5 y L5-S1"; se reintervino no era por “*posible error*”, sino por sospecha de recidiva, como así refleja la RM de columna que se pidió el 16 de mayo de 2023 para la segunda intervención.

Analiza asimismo la dificultad diagnóstica en casos de coexistencia de dos hernias discales en una paciente reintervenida (solapamiento clínico, limitaciones intraoperatorias). Señala que en pacientes reoperados la fibrosis y adherencias dificultan la exploración completa de todos los niveles y aunque se utilice control fluoroscópico, puede haber error de nivel o dificultad para acceder a zonas con hernias múltiples, como ocurrió en la primera cirugía; evolución dinámica: una hernia puede no ser clínicamente significativa en el momento de la primera intervención y progresar posteriormente; en este caso, la persistencia de síntomas llevó a una segunda cirugía, donde se identificó una hernia extruida de gran tamaño en L5-S1, con adherencia a la duramadre; importancia del seguimiento y valoración médico-legal: la coexistencia de dos hernias no siempre es evidente ni abordable en una única cirugía, especialmente en contextos de urgencia. La actuación debe valorarse en función de la información disponible en el momento y de la evolución clínica.

De igual modo, la Inspección examina la dificultad de identificar una hernia extruida subarticular en L5-S1 en una paciente ya operada previamente, y las dificultades en la visualización de hernias en pacientes reoperados (cambios postquirúrgicos que pueden dificultar la diferenciación entre tejido cicatricial y nuevo material herniado; limitaciones de la resonancia magnética que en pacientes reoperados puede no distinguir claramente entre una recidiva de hernia y fibrosis epidural; migración de fragmentos discales: es posible que una hernia en L4-L5 migre caudalmente hacia el receso lateral de L5-S1, especialmente si hay ruptura del anillo fibroso. Esto puede generar confusión diagnóstica, ya que el fragmento migrado puede parecer

originarse de L5-S1, cuando en realidad proviene de un nivel superior; errores de nivel quirúrgico: en cirugía de columna, incluso con control fluoroscópico, puede haber errores en la identificación del nivel exacto, especialmente si hay deformidades o cirugías previas lo que puede llevar a una intervención incompleta o a pasar por alto una hernia coexistente).

En este caso, señala la Inspección que se describe una hernia extruida en L5-S1, que comprime la raíz S1, a pesar de haber sido intervenida previamente en ese nivel, lo cual sugiere dos posibilidades: recidiva verdadera o migración desde L4-L5.

Efectúa un juicio crítico en el que afirma que la actuación médica fue adecuada desde el punto de vista de la *lex artis* y que, en pacientes con antecedentes de cirugía lumbar y compresión radicular previa, la recuperación funcional tras una nueva intervención quirúrgica puede verse limitada, especialmente en lo que respecta a la sensibilidad. La literatura especializada reconoce que la cirugía tiene como objetivo principal la descompresión neural, pero no garantiza la reversión completa de los déficits sensitivos, particularmente cuando existe daño axonal previo o compresión prolongada. Por tanto, la persistencia de alteraciones sensitivas tras la cirugía no necesariamente implica un fallo terapéutico, sino que puede reflejar la cronicidad y severidad del daño neurológico preexistente.

Una vez analizados los informes del Servicio de Neurocirugía y de la Inspección Sanitaria, que sostienen que la asistencia sanitaria fue adecuada y acorde con la *lex artis*, es necesario examinar la importancia de la firma por la reclamante del documento de consentimiento informado para la intervención.

En este punto cabe recordar que esta Comisión Jurídica Asesora viene destacando en sus dictámenes (54/18, de 8 de febrero; 543/24, de 19 de septiembre; 394/25, de 21 de julio y 402/26, de 1 de julio, entre

otros), que la necesidad de suministrar al paciente información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud, viene impuesta legalmente en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuyo artículo 3 define el consentimiento informado como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud”*.

En concreto, el artículo 8 de la misma Ley dispone sobre el consentimiento informado que *“toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”* y, en su apartado segundo que *“el consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*, señalando su apartado tercero que el consentimiento escrito tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

La finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución Española, según ha considerado el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

Tal y como consta en la historia clínica, y se ha recogido en los antecedentes, la reclamante firmó el 29 de abril de 2023 el documento de consentimiento informado para someterse a la cirugía de hernia de disco lumbar, discectomía simple o microdiscectomía, en el que constan como riesgos típicos, la lista de las complicaciones más frecuentes, entre otros, el error de espacio intervertebral en la intervención, la lumbalgia residual y la probabilidad de mejoría del dolor irradiado en un porcentaje, no en su totalidad.

Nos encontramos, por tanto, ante unos riesgos derivados de la intervención que fueron asumidos por la reclamante al firmar el documento de consentimiento informado por lo que el daño no resulta antijurídico. Además, a la reclamante se le realizó un seguimiento, fue intervenida de nuevo, previa firma del consentimiento informado, ha sido tratada en todo momento y los resultados han sido mejores de lo esperado, de acuerdo con las estadísticas, tal y como resulta de los informes emitidos por el Servicio de Neurocirugía y por la Inspección Sanitaria.

En este sentido se pronuncia la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de marzo de 2026 (recurso 112/2023) al señalar:

“En consecuencia, el daño reclamado no reviste el carácter de antijurídico, en tanto que es una complicación posible e informada a la actora, habiéndose acreditado que se ha llevado a cabo un seguimiento y tratamiento que todos los peritos intervinientes en este procedimiento, con la única excepción del autor del informe aportado por la demandante, y, singularmente, el perito insaculado judíamente y el Informe de la Inspección, considera que fue conforme a la lex artis.

En definitiva, y a la vista de la prueba practicada, debemos concluir que no se ha evidenciado en este procedimiento la vulneración de la lex artis...”.

Esta Comisión Jurídica Asesora, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, llega a la misma conclusión, es decir, que no ha existido vulneración de la *lex artis*, conclusión que comparte la Inspección Sanitaria. A su informe esta Comisión Jurídica Asesora le otorga especial relevancia por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume en el ejercicio de sus funciones, pues, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en sus sentencias de 6 de marzo de 2026 (recurso 462/2023) y de 18 de septiembre de 2025 (recursos 462/2022, 466/2022 y 51/2023), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la atención dispensada a la reclamante en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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 579/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid