

Dictamen n.º: **590/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.10.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 7 de octubre de 2026, aprobado por unanimidad, 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 Dña., por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos en una intervención de artrodesis lumbar, a la que atribuye daños en el hombro derecho.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen en el registro del Servicio madrileño de Salud (SERMAS), el día 11 de octubre de 2023. En el mismo cuestiona la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Refiere la reclamante que, durante una intervención quirúrgica para tratar una artrosis degenerativa en la zona lumbar, que tuvo lugar

el día 10 de junio del año 2019 en el referido centro hospitalario, se le causó la rotura del manguito de los rotadores en el hombro derecho, siendo esa la lesión por la que reclama.

Señala que en el citado hospital le indicaron que esa lesión en el hombro no tenía relación alguna con la referida intervención y que, en su caso, sería debida a una lesión previa, si bien la reclamante considera que ello no es posible, pues con anterioridad no sentía el intenso dolor que le produce la lesión.

Acompaña a su reclamación el informe de una eco Doppler del miembro superior derecho, de 10 de julio de 2019, donde se indica que, en esa fecha, no había signos de trombosis en ese brazo, ni superficial ni profunda, y el informe de una ecografía del hombro derecho, de la misma fecha, que únicamente denotaba que tenía una moderada bursitis subaracnoidea y una ligera bursitis subacromio subdeltoidea.

Finalmente, destaca que, el 2 de julio de 2019, estando aun ingresada, fue valorada por el Servicio de Rehabilitación para programar la reeducación de la marcha, e indica que fue entonces cuando se recogió, por primera vez, que tenía un dolor en el hombro derecho “*de reciente aparición*” por lo que, además del tratamiento de la marcha, se le indicó que realizara movimientos del hombro en días alternos.

Por todo ello y para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicita una indemnización de 50.000 €.

El escrito de reclamación se acompaña de diversa documentación médica.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La reclamante, de 52 años en la fecha de los hechos principales, con antecedente de cambios degenerativos osteodiscales en nivel L4-L5, donde la coexistencia con una anterolistesis leve de L4, discopatía y artrosis facetaria condicionaban la disminución del diámetro del canal lateral y de las bases foraminales (según consta en informe de 7 de noviembre de 2018, al folio 1225).

También presentaba dolor crónico, lo que le causaba grandes dificultades para realizar una vida normal, pasando la mayor parte del día acostada en la cama. Además, tenía antecedentes de diversos tratamientos psiquiátricos, constando en la historia clínica remitida que estuvo ingresada en Psiquiatría en Colombia, su país de origen, en los años 90 y que había tenido tres intentos autolíticos a través de sobreingesta medicamentosa, habiéndose producido el más reciente el último día antes de ingresar para la intervención de artrodesis de columna L4 S1, a la que se sometió el 10 de junio de 2019 y en cuyas supuestas deficiencias fundamenta su reclamación.

La paciente tenía pautada la siguiente medicación crónica: simvastatina, tramadol, paracetamol a demanda y un antidepresivo.

Con tal situación de base, al presentar un cuadro de lumbociática derecha resistente al tratamiento farmacológico en 3er escalón y tras efectuar el correspondiente estudio preoperatorio que no contraindicaba la cirugía, fue ingresada a cargo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, para someterse a una cirugía programada y, tras proceder a la firma del documento de consentimiento informado, fue intervenida el día 10 de junio de 2019, de artrodesis de columna L4 S1, bajo anestesia raquídea y con profilaxis antibiótica de cefazolina 2 gramos, intravenosos.

El documento de consentimiento informado, consta en los folios 1.459 al 1.561 del expediente, destacando como riesgos más habituales

los derivados de la anestesia, los riesgos infecciosos, los eventuales riesgos hemorrágicos, los nerviosos, el de padecer contracturas o, incluso, sufrir trombosis de las venas de las piernas. También consta el dolor residual, la inestabilidad de columna, sepsis, y, eventualmente, el fallo y la necesidad de reemplazar posteriormente el implante.

Según indica el protocolo quirúrgico, se le practicó una *“artrodesis de columna, con tornillos pediculares SOLERA (MEDTRONIC), de L4 a S1, asociando descompresión, con colocación de dispositivo intersomático NOVEL (PRIM)”*.

Se comprobó que la colocación de los tornillos era la adecuada, así como la estabilidad del montaje, efectuado bajo control de escopia intraoperatoria.

El día 21 de junio de 2019, estando todavía ingresada, sufrió una crisis de ansiedad, así como cierta inestabilidad psiquiátrica, reflejándose en la historia clínica: *“Ha sido intervenida. Se encuentra bien hoy. El miércoles tuvo una crisis de ansiedad porque no conseguía mover la pierna derecha, ahora sabe que es normal y está expectante.*

Persiste el ánimo bajo y las ideas de muerte sin estructuración. Impresiona de intencionalidad movilizadora, porque le gustaría tener más cariño de su hija y su pareja, y que su hija pequeña viniera a verla desde Sevilla. Tiene un duelo no resuelto por la madre (5 años). Refiere estar bien aquí, que recibe el cariño del equipo sanitario”.

El día 22 de junio, se anotó que, aunque tenía un TAC postquirúrgico, sin alteraciones; persistía hipoestesia en la cara medial de la pierna y parestesias, 3/5 para flexión de la cadera, 4/5 en la extensión de la pierna y en el resto 5/5.

Se solicitó otro TAC de control, por empeoramiento clínico y se instauró tratamiento antibiótico.

Los días siguientes, continuó sin presentar una evolución claramente positiva y, la noche del día 24, presentó fiebre de 38.6°C, que cedió con paracetamol.

El día 26 de junio, se anotó que un nuevo TAC mostraba alteración en la densidad de la musculatura paravertebral bilateral, lechos de laminectomías derechas, recesos laterales derechos y forámenes de conjunción derechos en L4 y L5, que podrían corresponder a colecciones/cambios flemonosos. Ese mismo día se produjo un nuevo pico de fiebre.

Se constató en los evolutivos médicos que el día 27 de junio, la paciente refirió sensación de dolor muy importante en el hombro derecho y en la columna, junto con incapacidad para la movilización del hombro.

El día 28 se le realizó una ecografía del hombro derecho, en cuyo informe se reflejó una moderada bursitis subcoracoidea y una ligera bursitis subacromio subdeltoidea y el día 29, se le practicó una infiltración, tras la que se observó mejoría del dolor de hombro.

El día 2 de julio de 2019, estando ingresada, fue revisada por los médicos de Rehabilitación, que reflejaron que estaba encamada por el dolor lumbar y que, también presentaba dolor en hombro, de reciente aparición.

Ante esa nueva sintomatología, se decidió modificar puntualmente la línea de tratamiento, indicando que, además de la reeducación de la marcha y del equilibrio, debían efectuarle terapia de tratamiento del

hombro derecho, en días alternos, practicando ejercicios de fortalecimiento, estiramiento, crioterapia + TENS.

El día 10 de julio de 2019, se anotó que la paciente estaba en tratamiento de marcha y de hombro derecho y que, durante el tratamiento del hombro se evidenciaba mucho dolor y limitación funcional. Además, se reflejó que persistía la bacteriemia, a pesar del tratamiento antibiótico, que se encontraba pendiente de descartar endocarditis infecciosa y que, se le había realizado una eco Doppler de miembros superiores, sin evidenciar tromboflebitis y una ecografía del hombro derecho, de igual fecha, que únicamente denotaba que tenía una moderada bursitis subaracnoidea y una ligera bursitis subacromio subdeltoidea, con valoración limitada del manguito de los rotadores, por la dificultad de la paciente de hacer movimientos con el hombro.

Ese mismo día, se solicitó el recambio del dispositivo Midline, ante la presencia de la bacteriemia persistente por *Staphylococcus aureus* (SAOS) y la realización de nuevos hemocultivos de control. Se programó igualmente la práctica de una RM del hombro, por sospecha de capsulitis y el día 16 de julio, los resultados mostraron hallazgos compatibles con rotura masiva aguda del manguito rotador, con extensa bursitis comunicante, derrame articular asociado, edema muscular y leves cambios degenerativos en la articulación acromioclavicular.

Se anotó que el día 17 de julio, se programó una intervención quirúrgica para el siguiente miércoles 24, destinada a la limpieza y recambio del material de columna y a la artroscopia del hombro derecho, informando a la paciente.

Tras la correspondiente firma del documento de consentimiento informado (folios 1.465 al 1.470), el día 24 de julio de 2019, fue reintervenida por la infección por bacteriemia por SAOS, por

tromboflebitis. Se le practicó lavado artroscópico del hombro y lavado y recambio de la artrodesis lumbar, al comenzar el día anterior un fuerte dolor en la fosa lumbar y concurrir sospecha de líquido en psoas.

Sobre la nueva intervención se anotó: *“nueva cirugía columna: abundante líquido seropurulento, tejido esfaceloso, injerto óseo suelto, que se retira. Lavado exhaustivo. Se retira instrumentación posterior previa y se coloca una nueva (l4-s1 solera medtronic) previo legrado de todos los trayectos foraminales”*.

En cuanto a la artroscopia diagnóstica de hombro, la misma denotó la presencia de una sinovitis hiperémica subacromial e intraarticular y la rotura completa del supraespinoso, efectuando lavado de los tejidos.

Según documenta la historia clínica, durante el tratamiento de la bacteriemia ya se realizó un ecocardiograma y otra ecografía abdominal, sin encontrar alteraciones.

El día 5 de agosto, la paciente continuaba con el tratamiento antibiótico intravenoso y se programó el tratamiento rehabilitador, para cuando cesara la fase aguda del proceso infeccioso.

Recibió el alta hospitalaria el día 9 de agosto de 2019, indicándole que debía mantener periódicas revisiones en la Sala de Curas, además de programar que acudiera a revisión en consultas externas de Medicina Interna y de Cirugía Ortopédica y Traumatología (folio 61).

El diagnóstico principal al alta fue de espondilolistesis degenerativa L4-L5, discopatía L5-S-1 y, como diagnóstico secundario se significó *“infección precoz artrodesis lumbar instrumentada y artritis séptica de hombro derecho”*, por lo que se le prescribió tratamiento con rifampicina 300 mg 1-0-1 y cotrimoxazol, hasta el 12 de septiembre.

El 13 de agosto de 2019, recibió el alta de Enfermería, con las recomendaciones de cambiar de postura en la cama con ayuda y preferentemente de lado; el uso de corsé/faja durante 2 meses, salvo para dormir; restricción de la movilidad postquirúrgica, debiendo caminar los días siguientes a la cirugía, evitando agotar la espalda y utilizar asientos con respaldo recto para sentarse mientras llevase corsé/faja; evitar durante 2 meses cargar peso, agacharse, doblarse o cualquier postura forzada de la columna, deportes, tareas de la casa o conducir y acudir a Urgencias si presentara dolor en el pecho o dificultad al respirar, debilidad en alguna extremidad, procesos febriles y escalofríos o supuración por la herida.

Según resulta de la documentación remitida, la paciente recibió asistencia en Atención Primaria, el día 30 de agosto de 2019, en línea con el control de su tratamiento, programándose un nuevo control en tres meses. Constan datos de varias consultas de seguimiento de la intervención, posteriores, durante el año 2019.

En consulta de 23 de enero de 2020 (la primera de Traumatología de Hombro, que consta en el folio 1282) se indicó como conclusión: *“paciente con omalgia derecha que estuvo en Rehabilitación, tras la cual aún limitación funcional en sus AVD, dolor desde codo a hombro a predominio nocturno*

- Además adormecimiento dedos mano izquierda y dolor en miembro superior izquierdo, en Traumatología de Columna le han pedido una RM cervical, pendiente de resultados

PLAN

- Explico alternativa quirúrgica del hombro derecho con proceso de recuperación posterior, la paciente desea operarse, pero hasta resultados de proceso cervical, no se puede valorar la cirugía.

- *Cito para después de valoración en columna y RM*".

El 6 de febrero de 2020, se le pidió CT lumbar + EMG y RNM hombro derecho.

El 17 de abril de 2020, consta otra consulta no presencial, en la que la paciente refirió parestesias en el miembro superior izquierdo, estabilidad algica con su tratamiento habitual, en el hombro derecho y estar pendiente de intervención por Urología, a causa de una infección de orina persistente y de que la llamasen para una intervención de hombro por parte de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El día 17 de diciembre de 2020, la paciente fue remitida por Cirugía Ortopédica y Traumatología, por dolor lumbar que se irradiaba al miembro inferior derecho.

El 16 de abril de 2021, fue intervenida para efectuarle la liberación del ligamento anular del carpo, por presentar síndrome del túnel carpiano de la mano izquierda. El correspondiente documento de consentimiento informado consta en los folios 1.480 al 1.485.

Según consta, el 26 de agosto de 2021, la paciente se sometió a un *check list* quirúrgico, al objeto de proceder a la resolución de la rotura total del manguito rotador, sin aportar la historia remitida mayores datos al respecto (folios 1.193 al 1.200).

Constan posteriores seguimientos en Cirugía Ortopédica y Traumatología (folios 1.288 al 1.361). Así, el 12 de noviembre de 2021, consta una consulta de seguimiento reflejando como motivo de la asistencia: "*Múltiples problemas:*

1) *Postoperada columna lumbar en seguimiento por Dra. ... Perdió última cita y desea seguimiento con ella.*

Refiere dolor irradiado a cara anterior MID sin déficit de novo.

Tiene rx y revisión tras los resultados, ya citada.

2) Intervenida por el síndrome del túnel Carpiano de la mano izquierda, por mí, en agosto. Refiere mejoría importante de parestesias, queda algún residuo. Refiere molestias en cicatriz, levemente adherida. Explico desensibilización.

Tiene revisión quirúrgica en diciembre, para reevaluar.

3) Omalgia derecha compatible con tendinopatía manguito rotador ya conocida, y molestias en tobillo derecho, refiriendo episodios intermitentes de tumefacción.

Cito en Traumatología general con rx ambas y eco hombro, para valoración.

DIAGNÓSTICO: Región lumbar - Discopatía, estenosis y listesis” (folios 1330 y 1331).

Constan consultas de seguimiento posterior los días 8 y 25 de febrero de 2022 y otra el 28 de abril, cuando se anotó el resultado de una ecografía, destacando: “Tendinopatía del supraespinoso con rotura completa de las fibras anteriores y medias de 27 x 20 mm (AP x T), sin atrofia grasa muscular significativa. Tendinopatía del infraespinoso. Leve bursitis subacromiosubdeltoidea comunicante”. El 12 de mayo de 2022, se concluyó citar a la paciente en Artroscopia, para valorar la posible cirugía.

Según se indicó al comienzo, el 13 de octubre de 2023 presentó la reclamación, atribuyendo sus problemas en el hombro a una mala praxis en la intervención del 19 de junio de 2019.

Por su parte, en lo referente al proceso asistencial, el día 19 de octubre de 2023, previa la firma de correspondiente documento de consentimiento informado (folios 1.486 al 1.493) y una calificación de riesgo anestésico ASA II, se le practicó una artroscopia diagnóstica y reparadora del hombro derecho, con abordaje endoscópico, encontrando los siguientes hallazgos: *“labrum degenerativo; rotura completa C3 del tendón del supraespinoso, con retracción a glena; rotura tipo I del tendón del Lafosse subescapular; bursitis subacromial y tendinopatía del tendón de la porción larga del bíceps. En el mismo procedimiento se le efectuó la tenotomía del tendón de la porción larga del bíceps y la sutura de tendón del supraespinoso con 2 arpones Iconix Speed + doble hilera con Reelex”*.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), notificándose el día 10 de noviembre de 2023, a la interesada y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles, al estar vinculado por un concierto con el SERMAS, con indicación del sentido desestimatorio del eventual silencio, transcurrido seis meses sin resolución expresa (folios 49 al 54).

Consta una posterior comunicación al centro concertado, de fecha 19 de octubre de 2023, en la que se le requería la remisión de la historia clínica y del informe del o de los servicios comprometidos en la asistencia cuestionada, y se solicitaba que aclarase si la atención fue o no prestada a través del concierto que mantienen con el SERMAS y si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria Madrileña. Igualmente, se le solicitaba que diesen traslado de lo comunicado a su Compañía de Seguros (folios 55 y 56).

El 6 de noviembre de 2023 la representación del hospital comunicó que la asistencia se efectuó con cargo al SERMAS y que había comunicado la reclamación a su seguro (folio 58).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante, recabada del centro hospitalario contra el que dirige su reclamación de responsabilidad patrimonial, los documentos de consentimiento informado para los distintos procedimientos invasivos que le fueron practicados, y un breve informe, de 6 de noviembre de 2023, suscrito por el jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (folio 59), que indica: *“Es imposible determinar el origen de la rotura de tendones que se describe en la reclamación. Sin embargo, está perfectamente establecido en la literatura médica actual que la prevalencia de estas lesiones hombro, aumenta en la población general a partir de los 40 años, pudiendo aparecer hasta en un 20/30 % de la población, a partir de los 60 años.*

La inmensa mayoría de estas lesiones son asintomáticas, no pudiendo descartarse que ya estuviera presente antes de la cirugía lumbar realizada en este centro, al no tener las pruebas de imagen necesarias.

Es recurrente que, en la literatura médica se describa el dolor de hombro por la posición en el quirófano, en los procedimientos quirúrgicos que afectan a la columna.

Que en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos se sigue un protocolo de colocación de los pacientes para la realización de cirugías de columna, según la lex artis actual”.

El 11 de septiembre de 2024 se emitió el informe por la Inspección Sanitaria, que analiza la historia clínica de la reclamante y el preceptivo

informe del servicio emitido en el curso del procedimiento, sobre el que indica que: *“... es claramente insuficiente y no cumple con los mínimos de calidad exigidos para este tipo de informes”*.

El mismo informe de la Inspección, en sus consideraciones y juicio crítico, señala una valoración temporal de la reclamación, en los siguientes términos: *“lo que es evidente es que la paciente se intervino de la artrodesis de columna el 10 de junio de 2019 y si bien es cierto que tiene algún dolor en el hombro tras la intervención, atribuido a la postura o ese factor embolígeno que hemos citado, no es menos cierto que no hay evolución de esa patología y no se interviene hasta el año 2023 (cuatro años después), pudiéndose haberse producido la rotura por numerosas causas en este periodo de tiempo de 4 años, por lo que no se puede asegurar que la rotura del manguito de los rotadores que es por lo que se reclama se produjera en el año 2019, sino que podría haberse producido con posterioridad, en esos 4 años transcurridos.*

Sorprende también que, el momento de la reclamación patrimonial sea 4 años después de los hechos lo que quizá podría invalidar la presentación como reclamación patrimonial”.

Y concluye: *“tras el estudio de esta reclamación presentada en 2023, 4 años después, de una intervención de artrodesis de columna, relacionando la rotura del manguito de los rotadores del hombro con una intervención con la que no guarda ninguna relación, no encontramos ninguna actuación de mala praxis en la asistencia prestada en 2019, pese a que surgieran complicaciones en la asistencia prestada, todas ellas recogidas en el correspondiente consentimiento informado en marzo de 2019 (3 meses años de la intervención)”*.

Teniendo por concluida la instrucción del procedimiento, el día 6 de marzo de 2025, se concedió el trámite de audiencia y alegaciones

finales al hospital concertado y el día 23 de marzo siguiente a la reclamante (folios 1.502 al 1.505).

El 12 de marzo de 2025 efectuó sus alegaciones finales el hospital, considerando acreditado en el expediente que la atención dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis*, tanto en los diagnósticos como en la atención médica prestada por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, sin existencia de error, negligencia ni nexo causal que fundamente la reclamación.

Sin que consten otras alegaciones finales efectuadas por parte de la interesada, el 17 de junio de 2025, se elaboró por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, una primera propuesta de resolución en la que se interesa desestimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial por considerar que no concurrían los presupuestos normativos al efecto.

Remitido el expediente a esta comisión Jurídica Asesora para la emisión de su preceptivo dictamen, se emitió un primer Dictamen 385/25, de 16 de julio, indicando la pertinencia de acordar la retroacción de las actuaciones para que se tramitase debidamente el procedimiento, al considerar producidas determinadas deficiencias.

En concreto se observó la insuficiencia del informe del servicio involucrado, que no repasaba secuencialmente las asistencias prestadas desde el 2019 a esta paciente y, en particular, las referidas al dolor en el hombro, que son por las que se reclama. Además, en el mismo se apuntaba la posibilidad de que alguna postura en el quirófano pudiera haber causado disfunciones en el hombro de la paciente, sin concretar los protocolos a los que alude, destinados a evitar tales situaciones, ni tampoco aclarar si por esa causa se pudiera haber llegado a causar la rotura tendinosa por la que se reclama.

Igualmente, se indicó que el informe de la Inspección Sanitaria tampoco permitía salvar tales deficiencias, puesto que omitía parte de los datos asistenciales de esta paciente y su valoración.

Por todo ello, teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante tanto de los derechos de los interesados como del acierto de la decisión de la Administración Sanitaria que ponga fin al procedimiento, se consideró que procedía la retroacción del procedimiento, para que se completase en los términos anteriormente expuestos, debiendo conceder posteriormente nuevo trámite de audiencia a la reclamante y a la representación del hospital concertado y, finalmente, elaborar una nueva propuesta de resolución que, de nuevo se someta a esta Comisión Jurídica Asesora.

Tras la retroacción del procedimiento, se ha emitido un nuevo informe por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de fecha 20 de octubre de 2025, ampliatorio del precedente (folios 1540 y 1541).

En el mismo se indica que la paciente fue atendida desde el 2019 en múltiples ocasiones, en las consultas externas del Servicio de Traumatología, tanto en el contexto de su cirugía de columna como por otras patologías (la cervical y la del hombro, principalmente), y que, a raíz de los hallazgos de la rotura completa del supraespinoso, fue atendida en dos ocasiones en consulta, por esa causa, ofreciéndole tratamiento quirúrgico, si bien la propia paciente no consideró que los síntomas justificasen la cirugía, siendo dada de alta.

No obstante, se añade que, a lo largo del año 2021 y hasta el 2023, acudió al Servicio de Traumatología en diversas ocasiones por patologías variadas, entre ellas la rotura del manguito ya conocida y, en septiembre de 2023, aceptó una intervención quirúrgica como alternativa a su situación en ese momento. De ese modo se le practicó

una sutura artroscópica del manguito, en el mes de octubre de 2023. El informe señala que se desprende de los datos de la historia clínica de los años 2024 y 2025 la satisfacción de la paciente con los resultados de la intervención.

En lo relativo a la cuestión de la postura de la paciente durante la intervención de columna, se indica que: *“en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos se sigue un protocolo de colocación de los pacientes para la realización de cirugías de columna, según la lex artis actual. Colocación en decúbito prono sobre trineo con protección en todas las regiones óseas; las articulaciones como los hombros se colocan en posición funcional”*.

En cuanto a la eventual relación causal entre la lesión tendinosa y el desarrollo de la intervención, el mismo informe indica: *“Es imposible determinar el origen de la rotura de tendones que se describe en la reclamación. Sin embargo, está perfectamente establecido en la literatura científica actual que la prevalencia de estas lesiones aumenta en la población general a partir de los 40 años, pudiendo aparecer hasta en un 20/30 % de la población alrededor de los 60 años”, y también: “que la literatura describe el dolor de hombro por la posición en el quirófano en procedimientos quirúrgicos que afecten a la columna”*.

Adicionalmente, el informe determina que la inmensa mayoría de las lesiones, como la que presenta la paciente en su hombro, son asintomáticas, no pudiendo descartarse que ya estuviese presente antes de la cirugía lumbar realizada en ese centro, al no tener pruebas de imagen previas y, por eso, sobre este caso concreto, concluye: *“En resumen, no hay manera de poder establecer si la rotura de manguito se produjo por la colocación durante la cirugía de columna. Sin embargo, en nuestra opinión, lo más probable es que la lesión fuese previa, crónica y se manifestase a posteriori. Su colocación durante la cirugía de columna fue acorde a los establecido en los protocolos del HURJC no ocurriendo*

ningún incidente, así como tampoco, en el manejo posterior de la paciente”.

Se encuentra incorporada nuevamente la historia clínica que documenta el seguimiento hospitalario de la intervención y de los tratamientos posteriores dispensados a esta paciente a cargo del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de esta paciente (folios 1542 al 2878), con particular inclusión de los documentos de consentimiento informado de todas las intervenciones y procedimientos invasivos desarrollados y el historial de Atención Primaria.

Se requirió informe ampliatorio a la Inspección Sanitaria, que comienza enumerando los antecedentes documentados sobre la patología de hombro del paciente, destacando un primer episodio de dolor en el brazo derecho, del codo al hombro, el 16 de febrero de 2027, tras una caída de una escalera sucedida 4 meses antes.

El siguiente hito se sitúa 189 días después de la cirugía de columna del día 10 de junio de 2019, presentando la paciente un dolor intenso en el hombro y diagnosticándole una tendinitis de hombro. Resulta otro apunte, sobre la mejoría del dolor del hombro tras una infiltración, el día 29 de junio de 2019 y otras atenciones subsiguientes por causa del mismo dolor, que en principio se diagnosticó como una bursitis subcoracoidea, tras una ecografía de 10 de julio de 2019.

El 17 de julio de 2019, se anotó que, en el postoperatorio de la cirugía de columna, *“la paciente había cursado con fiebres por infección de la herida quirúrgica y secundario a bacteriemia con artritis séptica de hombro”*, por lo que se programó intervención el siguiente 24 de julio, para proceder a la limpieza y al recambio del material de la columna y a la artroscopia del hombro derecho, detectándose en esa intervención la

rotura del manguito de los rotadores en el hombro derecho de la paciente.

En el 2020, efectuó consulta telefónica durante el tiempo de la pandemia por la Covid-19 el día 17 de abril, y el 17 de diciembre mantuvo cita presencial.

En el año 2021, el 26 de agosto, se le efectuó un *chek list*, para valorar ser intervenida del hombro, y consta otra asistencia el día 12 de noviembre.

En el 2022, constan citas asistenciales los días 8 y 25 de febrero, 28 de abril y 12 de mayo, cuando se indicó que sería citada para efectuarle una artroscopia.

Acudió a otra consulta del día 23 de noviembre de 2022, por una omalgia que le dificultaba trabajar, dormir y hacer deporte. Allí se le diagnosticó: *“tendinopatía del supraespinoso con rotura completa de las fibras anteriores y medias, de 27 x 20 mm (AP x T), sin atrofia grasa muscular significativa; tendinopatía del infraespinoso y leve bursitis subacromio-subdeltoidea comunicante”*. La indicación médica era la quirúrgica y, al respecto del particular, se anotó: *“explico balance riesgo beneficio (rerrotura, recidiva del dolor, infección, lesión neurovascular, popeye...) que la paciente acepta, pero por ahora no quiere operarse todavía porque va a estar hasta mayo 2023 en Colombia. Cito para junio”*.

La intervención programada tuvo finalmente lugar el día 19 de octubre de 2023.

Tras el análisis secuencial de las asistencias y con sustento en el nuevo informe del servicio implicado en la asistencia cuestionada, la Inspección Médica concluye que no había quedado establecida la

relación causal entre la intervención quirúrgica realizada a la paciente en el año 2019 y la rotura del manguito de los rotadores del hombro, siendo ese el motivo de la reclamación.

Adicionado todo ello al expediente, se concedió trámite de audiencia a la reclamante el día 18 de marzo de 2026, presentando la misma escrito de alegaciones finales el día 31 de marzo, en las que reitera su reclamación de responsabilidad patrimonial y solicita una explicación sobre la causa de la lesión en su brazo derecho, adjuntando diversa documentación médica ya incluida en la historia clínica.

Finalmente, consta una nueva propuesta de la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por entenderla prescrita y, además, considerar que los daños en el hombro carecen de nexo causal con la intervención de artrodesis lumbar del 10 de junio de 2019.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 14 de septiembre de 2026 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 575/26, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 por 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada fue dispensada por el

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid.

En relación con ello, esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid para conocer de la responsabilidad en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010) o la más reciente de 16 de octubre de 2023 (rec. 50/2022), y ello sin perjuicio de la obligación última del titular del centro.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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”*.

En el presente caso, la reclamación se formula el día 11 de octubre de 2023, al considerar que las lesiones tendinosas en el hombro derecho de la reclamante se deben a la mala praxis producida en la intervención de artrodesis lumbar del día 10 de junio de 2019.

No obstante, la intervención por la que se resolvió parcialmente el problema del hombro tuvo lugar, incluso después de la presentación de la reclamación, el día 19 de octubre del año 2023, de forma que no hay duda de la presentación de la reclamación cuando todavía no se había estabilizado las lesiones y, por tanto, en plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que, una vez debidamente cumplimentado tras la retroacción del procedimiento, ya

consta emitido un informe suscrito por el responsable del servicio cuestionado, que analiza las cuestiones en las que se fundamenta la reclamación en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC.

De igual forma, la Inspección Sanitaria ha efectuado una valoración más completa de la secuencia asistencial. Tras la instrucción del expediente, se confirió el trámite de audiencia a la interesada y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad planteada. En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha quedado completada, sin que en este momento se observen deficiencias que pudieran determinar su nulidad.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, explica:

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6ª Sala C A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería

indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

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.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, la reclamante reprocha que la lesión en el hombro que sufrió fue causada por mala praxis durante la intervención quirúrgica a que se sometió el 10 de junio de 2019, para tratar una artrosis degenerativa en la zona lumbar, en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es 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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

Frente a lo indicado, la reclamante no ha incorporado al procedimiento ninguna acreditación técnico-médica que establezca de forma adecuada la relación causal que pretende y que, a su vez

constituye la esencia de su reclamación; sin que sirvan a tal fin sus meras afirmaciones personales, desprovistas de sustento técnico alguno.

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada, descartan la mala praxis denunciada y permiten establecer que, en este caso, resulta imposible determinar el origen de la rotura de tendones que se detectó a la paciente poco después de la intervención del día 10 de junio de 2019 y, por supuesto, argumentan que no resulta acreditado que se produjera a consecuencia de la misma, pues la simple relación temporal entre ambas no sirve para tener establecida la referida causalidad.

Dicha argumentación debe rechazarse por cuanto incurre en la denominada falacia lógica *post hoc ergo propter hoc*, tal como hemos indicado, entre otros, en los dictámenes 227/17, de 1 de junio o el 14/19, de 7 de enero.

Sobre el particular, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 26 de noviembre de 2015 (recurso 776/2013) afirma que:

“Si es verdad que una causa precede a un efecto, no siempre lo es que un hecho anterior sea la causa de otro posterior. Se conoce tal modo de argumentar como falacia post hoc ergo propter hoc. Aparte de esa relación temporal necesitaríamos un medio de prueba que nos dijera y nos convenciera de que la mejoría del recurrente se produjo precisamente por el abandono de la medicación y no por cualesquiera otras circunstancias”.

Así pues, en este caso, lejos de haberse incorporado al procedimiento alguna prueba que respaldara la relación de causalidad pretendida por la reclamante, el responsable del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital explica que se encuentra

documentado que la prevalencia de estas lesiones aumenta en la población general a partir de los 40 años, que las padece hasta en un 20/30% de la población de alrededor de los 60 años y que, en la inmensa mayoría, estas lesiones en el hombro son asintomáticas, por lo que concluye que no es posible descartar que la paciente ya la presentara antes de la cirugía lumbar, como una dolencia previa y crónica, e inicialmente sin repercusión en su vida ordinaria.

El mismo informe también analiza la eventual relación entre el agravamiento del proceso y la posición en el quirófano de la paciente, durante el procedimiento quirúrgico a que se sometió para tratar la artrosis degenerativa en la zona lumbar que padecía, si bien precisa que su colocación durante esa cirugía de columna fue acorde a los establecido en los protocolos del hospital para esos casos, no ocurriendo ningún incidente, así como tampoco, en el manejo posterior de la paciente. Explica que, en concreto, en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos se sigue un protocolo de colocación de los pacientes para la realización de las cirugías de columna, avalado por el consenso científico y la buena praxis médica, que consiste en la colocación del paciente en decúbito prono sobre trineo, con protección en todas las regiones óseas y con los hombros en posición funcional.

Así pues, en el caso que nos ocupa, no es posible establecer con certeza cual fue la causa de la lesión en el hombro que sufrió la reclamante y, no habiéndose acreditado su relación de causalidad con la prestación del servicio sanitario, no procede reconocer una responsabilidad patrimonial imputable al SERMAS.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la relación de causalidad entre el daño y la asistencia cuestionada.

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 7 de octubre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 590/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid