

Dictamen n.º: **633/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.11.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 26 de noviembre de 2025, 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 mediante representación de D. ... (“*el reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la realización de la intervención quirúrgica para el recambio y sustitución de la prótesis de la rodilla izquierda, en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 3 de julio de 2023, la persona indicada en el encabezamiento presenta, a través de su representante, un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (en adelante, SERMAS) por los daños y perjuicios que se le han generado como consecuencia de la segunda cirugía de recambio de prótesis en la rodilla izquierda, en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (en lo sucesivo, el hospital).

El interesado narra en su reclamación que, ante el fracaso en la fijación de la prótesis de rodilla al cuerpo (aflojamiento aséptico de tibia), operada el 29 de agosto de 2019, se le propone realizar una

artroplastia tras revisión realizada el 11 de marzo de 2021 por parte del Servicio de Traumatología del hospital.

Continúa indicando, que, el 23 de marzo de 2021, el Servicio de Anestesia del hospital se puso en contacto con él, vía telefónica, para explicarle el tipo de anestesia a practicar, informándole que sería la considerada a criterio del anestesiólogo el día de la intervención, y se le requirió para la firma del correspondiente documento de consentimiento informado a través del portal del paciente.

Las deficiencias que achaca al documento de consentimiento informado, a los efectos de la reclamación, son los siguientes: no contempla las lesiones sufridas, los términos empleados son absolutamente genéricos, y, no constan personalizados los posibles riesgos, al padecer espondiloartrosis L5-S1 con pseudoprotrusión posterior difusa, diagnosticada en el mes de noviembre de 2020.

Refiere que, el 20 de octubre de 2021, ingresó en el hospital para la intervención programada de sustitución total de la prótesis de la rodilla izquierda implantada en 2019. Finalizada la operación a las 11:45, fue trasladado al Servicio de Reanimación para su completa recuperación de la anestesia, saliendo del Servicio a planta a las 20:23.

El reclamante indica que, la técnica utilizada fue de anestesia neuro axial (intradural + colocación de catéter epidural con levobupivacaína + fetanilo).

A continuación, la reclamación explica las consecuencias manifestadas en el postoperatorio, pues el 21 de octubre de 2021 presentó bloqueo motor y de globo vesical, sin ser examinado por el Servicio de Neurología hasta el 22 de octubre, momento en el que se le diagnostica paraparesia flácida de predominio proximal en miembro

inferior, con arreflexia y nivel sensitivo T8 bilateral, más marcado en lado izquierdo, en el que se anestesia, incluyendo anestesia perineal.

Adiciona en su escrito que, el 21 de noviembre de 2021, al mes de la intervención, el Servicio de Neurología del hospital concretó el diagnóstico que padece: *“cola de caballo/cono medular agudo”, con “polirradiculomielitis lumbosacra aguda de causa infecciosa/inflamatoria”*.

Por otro lado, la reclamación cuestiona el día que le fue retirado el catéter epidural y afirma que, según el informe de evolución del Servicio de Neurología, ocurrió el 21 de octubre de 2021 por la tarde (con mejoría parcial), pero, por otro lado, según el informe del Servicio de Anestesiología de guardia de 23 de octubre de 2021, se habría retirado ese día.

Tras el diagnóstico del Servicio de Neurología el 21 de noviembre, se le realizaron pruebas adicionales (Servicios de Traumatología, Anestesiología, Neurología, Medicina Interna, Medicina Interna-Infecciosas, Fisioterapia y Rehabilitación, Urología, Endocrinología y Nutrición, y Psiquiatría).

Finalmente, el 22 de noviembre de 2021 fue trasladado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo para recibir tratamiento específico de neurorrehabilitación y recibió el alta de este hospital el 29 de julio de 2022.

Destaca en su reclamación la siguiente secuela, según el informe de alta del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo: *“Síndrome de lesión medular T10 Asia C, 2º a polirradiculomielitis lumbosacra de probable origen inflamatorio”*.

Según afirma, su estado final motivó que el 17 de marzo de 2022, la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad

de la Comunidad de Madrid le reconociera un grado total de discapacidad del 81 %.

Prosigue la reclamación concretando las actuaciones médicas que considera causantes del grave resultado de la lesión medular que padece, y las agrupa del siguiente modo:

a) Defectos en la prestación del consentimiento informado, por ausencia de información sobre las lesiones sufridas, unido a la falta de riesgos relacionados con sus circunstancias personales, condicionadas por la espondiloartrosis L5-S1, diagnosticada en el mes de noviembre de 2020, máxime porque el informe del Servicio de Anestesia de quirófano de 20 de octubre de 2021 recoge que la técnica de anestesia practicada no fue una punción sencilla y se necesitaron tres intentos.

Además, aporta el modelo estandarizado de documento de consentimiento informado de la Sociedad Española de Anestesiología que sí recoge de forma detallada, en lo que le afecta, la lesión que padece.

b) La demora en el tratamiento y diagnóstico de la lesión medular, al no ser atendido por el Servicio de Neurología el 21 de octubre de 2021, cuando comienzan los síntomas de bloqueo motor, sino el 22 de octubre, y finalmente diagnosticado de la lesión medular un mes después, el 21 de noviembre de 2021.

c) Finalmente aduce que se le ha ocasionado un daño desproporcionado e injustificado por los facultativos, sufriendo unas secuelas sin diagnóstico de patología previa que lo justifique.

Por último, considera que, la cuantía a reclamar es indeterminada, mientras no se precisen los daños con más exactitud.

El escrito de reclamación se acompaña con un total de veintiún documentos: informes médicos de la primera intervención de prótesis en la rodilla izquierda realizada en 2019; informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de 27 de noviembre de 2020 sobre la revisión de la rodilla izquierda; documento de consentimiento informado para la segunda intervención, firmado el 23 de marzo de 2021 por el médico y el 18 de octubre de 2021 por el paciente; distintos documentos de consentimiento informado de las pruebas médicas realizadas (uno no corresponde a la situación del paciente); y los diferentes informes del Servicio de Anestesia/Reanimación, del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica previos, coetáneos y posteriores a la intervención, así como del Servicio de Neurología, y el informe del alta en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

SEGUNDO.- Del estudio de la historia clínica que consta en el expediente, resultan de interés los siguientes hechos para la emisión del dictamen:

El reclamante, de 71 años, ingresa el 20 de octubre de 2021 en el hospital, para la intervención quirúrgica de recambio y sustitución total de la prótesis implantada en la rodilla izquierda en 2019, por aflojamiento aséptico de platillo tibial de la prótesis y dolor persistente.

La consulta telefónica del Servicio de Anestesia/Reanimación de 23 de marzo de 2021 valora al paciente, y se programa que la técnica anestésica de elección sea regional (anestesia intradural +/-catéter epidural), sin perjuicio de informarle que quedaba condicionado a criterio del anestesiólogo el día de la intervención quirúrgica.

El documento del consentimiento informado queda en el portal del paciente para su firma, que se produce el 18 de octubre de 2021. Entre la información facilitada sobre las posibles lesiones, se dice:

“Tras la administración de la anestesia loco-regional pueden surgir molestias como dolor de cabeza, de espalda o en el lugar de punción que desaparecen en los días posteriores. También es posible que queden molestias en la zona, con sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajeros, aunque en raras ocasiones pueden generar daño nervioso permanente”.

Por otro lado, el paciente firma el 7 de abril de 2021 el documento de consentimiento informado para la intervención de recambio o retirada de una prótesis articular y, a los efectos de la reclamación, entre los riesgos que recoge se encuentran:

“Riesgos poco frecuentes.

- Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva y es significativamente más frecuente en caso de recambio protésico que en primeras prótesis”.

El 20 de octubre de 2021 se realiza la intervención de recambio de la prótesis en la rodilla izquierda, utilizando la anestesia neuroaxial (intradural + colocación de catéter epidural).

Finalizada la intervención, el paciente pasa al Servicio de Reanimación, donde permanece desde las 11:45 a las 20:23 horas, cuando es trasladado a planta. El paciente refiere movilización espontánea de ambos miembros inferiores, tras la cirugía, ese mismo día.

El 22 de octubre de 2021 avisan al Servicio de Neurología de guardia por debilidad e hipoestesia de miembros inferiores de inicio progresivo, desde las 11 horas del día 21 de octubre, habiendo mejorado parcialmente con la retirada de catéter epidural ese mismo día por la tarde, según consta en el informe de evolución de interconsulta del Servicio de Neurología, habiéndose realizado

resonancia magnética medular sin contraste, sin complicaciones a nivel lumbar. El Servicio de Neurología diagnostica una paraparesia flácida de predominio proximal en miembros inferiores con arreflexia y nivel sensitivo T8 bilateral, más marcado en lado izquierdo, donde presenta anestesia, incluyendo también una anestesia perineal.

En virtud de la sospecha de síndrome de cola de caballo/cono medular agudo, sin alteración anatómica en la resonancia lumbar que lo justificara, se completa el estudio el 31 de octubre de 2021, mostrando un ligamento colateral medial inflamatorio, con pleocitosis, hipoglucorraquia e hiperproteíorraquia marcada.

Se amplía el estudio analítico, reflejando galactomanano y quantiferon negativos y secuencias de resonancia medular completa de DWI y contraste, que mostraron realce con gadolino a nivel marginal de cono medular y raíces de cola de caballo, sugestivo de polirradiculitis/polirradiculomielitis.

El diagnóstico del Servicio de Neurología se concreta el 21 de noviembre de 2021, resultando de las pruebas practicadas que el paciente sufre síndrome de cono medular más cola de caballo: polirradiculomielitis lumbosacra aguda, de probable etiología inflamatoria (tóxica) y, menos probable, infecciosa.

El 22 de noviembre de 2021 se propone el traslado provisional al Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo para tratamiento de rehabilitación, siendo ingresado ese mismo día en este hospital con diagnóstico, a los efectos de la reclamación, de: “*Síndrome de lesión medular T10 Asia C, 2º a polirradiculomielitis lumbosacra de probable origen inflamatorio*”. El paciente recibe el alta el 29 de julio de 2022.

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).

El SERMAS acusa recibo de la reclamación presentada por el reclamante, mediante oficio de 7 de julio de 2023, informando que le da trámite y el plazo de resolución conforme establecen los artículos 21.2 y 91.3 de la LPAC. Asimismo, solicita la subsanación del poder de representación. La resolución es notificada al representante del paciente el 10 de julio de 2023.

El 14 de julio de 2023, el SERMAS solicita la historia clínica al hospital, y en particular, los informes del Servicio de Traumatología, de Enfermería, del Servicio de Neurología, del Servicio de Anestesia, y del Servicio de Medicina Interna. La comunicación es notificada el 19 de julio de 2023. A cada servicio le solicita que informe de lo siguiente:

- Al Servicio de Traumatología se le requiere que precise cuándo se inician los síntomas objeto de la reclamación, y cuándo solicita la interconsulta al Servicio de Neurología.

- Al Servicio de Enfermería de Cirugía Ortopédica se le solicita que informe sobre el evolutivo del paciente, desde que ingresa en planta procedente del Servicio de Reanimación el 20 de octubre de 2021, hasta su alta por traslado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

- Al Servicio de Neurología se le reclama información sobre cuándo se le solicita interconsulta por el Servicio de Cirugía Ortopédica, y cuándo atiende al paciente por primera vez.

- Al Servicio de Anestesia se le reclama el evolutivo del paciente desde quirófano hasta que deja de ser atendido por su servicio. Además, se solicita que, sobre la consulta telefónica del 23 de marzo de 2021, indique si se le informó expresamente al paciente de la

anestesia raquídea, de manera que pudiera comprender la naturaleza del procedimiento y sus posibles complicaciones.

- Por último, al Servicio de Medicina Interna se le insta a que informe sobre la asistencia prestada al paciente.

El 9 de agosto de 2023, se incorpora la historia clínica del reclamante y los informes del Servicio de Neurología, del Servicio de Anestesia, y de Medicina Interna.

En el informe del Servicio de Neurología se responde que se solicitó su intervención el 22 de octubre, siendo prestada por el servicio de guardia, momento en el que se acuerda la realización de pruebas, entre ellas, la punción lumbar con diagnóstico de paraparesia flácida arreflética, por posible polirradiculitis de origen infeccioso/inflamatorio por lo que se mantiene seguimiento del paciente hasta su alta, por traslado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, el 22 de noviembre de 2021.

El Servicio de Anestesia informa el 31 de julio de 2023 que, cuando el paciente abandona la reanimación, *“pasa a estar al cuidado del Servicio de Traumatología. Por protocolo, al continuar con una bomba de infusión epidural, el Servicio de Anestesiología revisa a diario la evolución, para ajustar e interrumpir el tratamiento”*.

Respecto la información facilitada vía telefónica sobre el tipo de anestesia para la intervención, afirma que la cita cumplía con los mismos estándares informativos que si hubiera sido presencial, siendo una forma de citación introducida a raíz de la pandemia mantenida por subsistir en ese momento una situación de alerta sanitaria. Por último, afirma que los riesgos más frecuentes fueron explicados, y se encontraban a su vez, en el documento de consentimiento informado, así como otros menos frecuentes pero

graves como el “*daño neurológico permanente*”, o en el caso de intoxicación por anestésicos locales “*incluso la muerte*”.

El Informe de Medicina Interna de 25 de julio de 2023 concluye que:

“las complicaciones neurológicas de la anestesia regional no son frecuentes, pero existen y pueden ser graves hasta el punto de resultar en discapacidad. La patogénesis de las lesiones nerviosas perioperatorias es compleja, con múltiples etiologías y mecanismos potenciales. Entre las complicaciones que pueden aparecer está la meningitis bacteriana, motivo por el cual fue consultado el equipo de Medicina Interna-Infecciosas, que descartó el cuadro (cultivos negativos, datos de la punción lumbar), aunque mantuvo el tratamiento antibiótico durante un largo período, en espera de descartarlo de forma definitiva. La conclusión final fue que el proceso no tenía una etiología infecciosa, sino tóxica”.

Por otro lado, el 28 de julio de 2023, el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo recibe notificación del SERMAS para remitir la información médica del paciente.

La documentación es aportada el 3 de agosto y está formada por:

- Los informes del Servicio de Rehabilitación de 6 de diciembre de 2021, de 30 de enero de 2022 y de 7 de julio de 2022 en los que se reitera, a los efectos de la reclamación, el diagnóstico de “*Síndrome de lesión medular T10 Asia C, 2º a polirradiculomielitis lumbosacra*”. Se especifica que la secuela es la falta de movilidad en el tronco y en las extremidades inferiores, siendo dependiente de silla de ruedas para desplazamientos.

- El Informe del Servicio de Urología de 28 de junio de 2022, con diagnóstico de lesión pudenda aferente.

-Y el informe de alta de 29 de julio de 2022, con los informes médicos posteriores de seguimiento de su evolución.

El 12 de febrero de 2024, el reclamante presenta escrito solicitando información sobre el estado del procedimiento, que es respondido por oficio de 19 de febrero -notificado el 20 de febrero-, indicando al efecto, que se está a la espera de la recepción del informe de la Inspección Sanitaria y que, dado el tiempo transcurrido de instrucción, la solicitud cabe entenderla desestimada, pero sin perjuicio de ello, se procederá a dictar la correspondiente resolución expresa.

Por la Inspección Sanitaria se emite el correspondiente informe, fechado el 16 de agosto de 2024, en el que se analiza la historia médica del reclamante, los informes de los servicios implicados y realiza las consideraciones médicas oportunas.

El citado informe señala que, entre los riesgos previstos en el documento del consentimiento informado de la intervención, se encuentra:

“Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva y es significativamente más frecuente en caso de recambio protésico que en primeras prótesis.”

Por otro lado, el informe destaca, del contenido del documento de consentimiento informado de la anestesia, en el caso de anestesia loco-regional, la siguiente información: *“se inyectan anestésicos en diferentes partes del organismo, como la columna vertebral (caso que nos ocupa)”*.

La Inspección Sanitaria, tras destacar las ventajas de la analgesia epidural, añade los efectos secundarios que ocurrieron en el

caso del paciente (retención urinaria y bloqueo motor persistente), considerando que constaban en el documento de consentimiento informado de la anestesia, en concreto, entiende que cabe entenderlos incluidos, en el caso de la anestesia loco-regional, en la mención “*en raras ocasiones puede generar daño nervioso permanente*”.

Además, la Inspección Sanitaria refiere que en el documento de consentimiento informado de la intervención constan, como posible efecto secundario, las “*lesiones nerviosas permanentes*”, y fue firmado por el paciente antes de la intervención.

Por último, niega que el diagnóstico fuera tardío porque la sintomatología neurológica del paciente apareció el 21 de octubre y la sospecha diagnóstica se realizó el 23 de octubre de 2021 (dos días más tarde), por lo que no existió la demora de un mes pretendida en la reclamación.

En el expediente consta, además, un informe médico pericial de la aseguradora del SERMAS, de fecha 30 de septiembre de 2024, emitido por un especialista en Anestesiología y Reanimación, que concluye:

1. *“La valoración preanestésica, información dada al paciente y riesgos recogidos en el consentimiento informado son correctos, desde el punto de vista anestésico.*

2. *La técnica anestésica empleada es adecuada desde el punto de vista médico, el paciente no presentaba a priori factores de riesgo, ni contraindicaciones para su realización. No se han descrito incidencias durante la realización de la técnica. Las dosis y concentraciones de fármacos fueron las habituales.*

3. *El cuadro clínico desarrollado por el paciente es de aparición rara tras anestesia neuroaxial, pero de consecuencias*

potencialmente devastadoras, a pesar de un diagnóstico y tratamiento precoces, como es el caso”.

Mediante escrito de 7 de mayo de 2025, el hospital traslada al SERMAS comunicación de 5 de mayo, para informar del resultado infructuoso de las negociaciones mantenidas entre la aseguradora del hospital y el representante del paciente, basado en el desacuerdo sobre la valoración del daño.

El 15 de mayo de 2025, se notifica al reclamante el plazo de audiencia para que realice alegaciones, cumpliendo el trámite el 4 de junio de 2025. En las alegaciones rechaza las valoraciones realizadas por la Inspección Médica y por el informe médico de la aseguradora del SERMAS, aportando informe pericial emitido por especialista en Anestesia-Reanimación y de Tratamiento del Dolor, en el que se defiende la existencia de la relación de causalidad entre el daño sufrido y la anestesia practicada al paciente. Además, niega que los documentos de consentimiento informado expresaran correctamente los riesgos, o que concretaran las posibles lesiones neurológicas derivadas de la anestesia utilizada.

Añade que no se ha dado respuesta a cuándo se retiró al paciente el catéter y quién lo autorizó, siendo relevante porque, tras su extracción, el paciente presentó síntomas que reflejaban patología neurológica. Por último, refiere la relevancia de la inmediatez de diagnóstico de lesiones neurológicas como la sufrida por el reclamante, para minimizar las secuelas.

El 14 de mayo de 2025, el SERMAS notifica al hospital el plazo para realizar alegaciones, presentadas el 20 de mayo de 2025, insistiendo en que las actuaciones médicas se ajustaron a la *lex artis*, y que, siguiendo el informe de la Inspección Sanitaria, los documentos de consentimiento informado cumplían con las exigencias de

información al paciente sobre los riesgos de la intervención y de la anestesia, respectivamente.

El 30 de junio de 2025, se dio traslado a la entidad prestadora de los servicios de anestesiología del hospital, sin que conste en el expediente respuesta al requerimiento.

Por último, el 13 de octubre de 2025, se emite la propuesta de resolución en la que se propone estimar parcialmente la reclamación por la insuficiencia del contenido de los respectivos documentos de consentimiento informado, reconociendo el derecho a percibir una indemnización de 6.000 euros.

CUARTO.- El 21 de octubre de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada.

El presente expediente (564/25) correspondió –por reparto de asuntos- a la letrada vocal Dña. Yolanda Hernández Villalón, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento del 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 indeterminada, 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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

En cuanto a la legitimación, el 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 ser la persona afectada por la actuación médica objeto de reproche.

En cuanto a la representación otorgada en la solicitud de la reclamación, es válida al haberse articulado a través de un poder notarial.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la falta de la asistencia sanitaria que se reprocha se produjo por un centro de gestión privada integrado en la red del SERMAS. A este respecto, esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (440/2025, de 3 de septiembre, 323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), la legitimación de la Comunidad de Madrid 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).

En lo relativo 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, precisando que, 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 3 de julio de 2023, y el paciente recibió el alta del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo el 29 de julio de 2022, momento en el que quedaron estabilizadas las secuelas, tras el procedimiento de rehabilitación pautado para tratar las secuelas de su diagnóstico el 21 de noviembre de 2021 en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

A la vista de todo lo indicado la reclamación se formula en el plazo de un año del artículo 67.1 de la LRJSP.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por los diferentes servicios médicos del hospital que intervinieron en la asistencia prestada al reclamante. De igual modo, consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, y por la aseguradora del SERMAS, con los resultados ya expuestos.

Tras ello, se confirió trámite de audiencia al reclamante, conforme al artículo 82 de la LPAC, que aportó un informe pericial.

Finalmente, se redactó la propuesta de resolución en sentido estimatorio parcial de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, reconociendo una indemnización de seis mil euros.

En definitiva, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en 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 por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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.

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 este sentido las Sentencias de 28 de julio de 2025 (recurso 1244/2023) y de 18 de julio de 2025 (recurso 1218/2023) de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, recogen la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo

en los siguientes términos: *“Así, la STS de 15 de marzo de 2011, con cita de la sentencia de 1 de julio de 2009, declara que 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”.*

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, las sentencias de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020) y de 17 de julio de 2025 (recurso 521/2023) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid recuerdan que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«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 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».

CUARTA.- No cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien

solicita ser indemnizado. En este sentido, recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso de apelación 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas”* constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

En este caso, las lesiones que sufre el reclamante constituyen el daño real y efectivo, cumpliendo así con la primera premisa necesaria para exigir la responsabilidad patrimonial de la Administración.

A continuación, pasamos a examinar si existe relación de causalidad entre el daño padecido y las actuaciones sanitarias cuestionadas.

En la reclamación que nos ocupa, el interesado aduce que la asistencia médica tardó más de un mes en diagnosticar la lesión neurológica, a lo que une también los reproches sobre la retirada del catéter epidural. Por otro lado, alega que se ha producido la vulneración de su derecho a la información clínica, porque en ninguno de los documentos de consentimiento informado correspondientes a la anestesia y a la operación, se recogía como posible riesgo la grave lesión sufrida.

En relación con el primero de los reproches, tanto el informe de la Inspección Sanitaria, como el emitido por la aseguradora del SERMAS, coinciden en considerar proporcional el tiempo de respuesta del Servicio de Neurología.

El paciente presentó síntomas de lesión neurológica el 21 de octubre de 2022, siendo examinado por el Servicio de Neurología de guardia el 22 de octubre, momento en el que fue avisado este servicio. Tras la exploración, se diagnostica inicialmente un cuadro de paraparesia. Al día siguiente, el 23 de octubre, ante la sospecha de lesión de síndrome de cono medular y cola de caballo, sugestivo de polirradiculomielitis lumbosacra aguda, se pautan pruebas complementarias para determinar posible patología. El 21 de noviembre de 2023, con el resultado de todas las pruebas practicadas (estudio analítico con galactomanano y quantiferon, y secuencias de resonancia magnética medular), se confirma la lesión.

El informe médico pericial de parte niega que esa actuación se realizara en el tiempo deseado para diagnosticar una secuela como la finalmente hallada pero, sin embargo, no ofrece elementos de juicio suficientes que permitan concluir en sentido contrario a lo argumentado en los informes de la Inspección y de la aseguradora del SERMAS, señalando, de un modo simple, que la doctrina científica avala la necesidad de rápida respuesta ante lesiones como la sufrida por el paciente, pero sin especificar el criterio científico que alega, ni los plazos o consecuencias correlativas.

Por otro lado, en relación con la retirada del catéter epidural, el informe médico pericial aportado por el reclamante manifiesta la posible discrepancia temporal en cuanto al momento de retirada del catéter epidural, y el desconocimiento sobre el servicio que lo acordó, a efectos de vincularlo a las consecuencias padecidas por el reclamante, pero sin que se justifique cómo esa actuación pudo influir o no en el grave diagnóstico del paciente.

Por su parte, el informe de la Inspección sostiene que:

“En el evolutivo de Medicina Interna consta: Desde el día 21/10/2021, sobre las 11 h de la mañana el paciente comenzó a presentar un cuadro de debilidad muscular y alteración sensitiva creciente en ambos MMII, además de RAO e incontinencia fecal. Tras el inicio de ese cuadro, esa tarde se retira catéter epidural. Asimismo, en el Formulario clínico (ANR Prescripción bombas) consta que, por parte de Anestesia de guardia refieren: Continúa con bloqueo motor y alteración sensitiva de MMII a pesar de suspensión de perfusión epidural el 21/10/2021 por la noche. Catéter epidural retirado esta mañana. No otra focalidad neurológica”.

Por tanto, concluye: *“Independientemente del momento de retirada del catéter, el diagnóstico se realizó dos días más tarde desde la aparición de la sintomatología descrita y para llegar a él se realizaron los métodos diagnósticos descritos como indicados en la evidencia científica consultada”.*

En este punto, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda la Sentencia del mismo Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023): *“se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)”.*

A su vez, el informe de la aseguradora del SERMAS considera que *“La técnica anestésica empleada es adecuada desde el punto de vista médico, el paciente no presentaba a priori factores de riesgo, ni contraindicaciones para su realización. No se han descrito incidencias durante la realización de la técnica”,* y, además, que *“el cuadro clínico desarrollado por el paciente es de aparición rara tras anestesia*

neuroaxial, pero de consecuencias potencialmente devastadoras, a pesar de un diagnóstico y tratamiento precoces, como es el caso”.

Por tanto, a la vista de la prueba que consta en el expediente, no cabe concluir que las asistencias médicas cuestionadas hayan sido contrarias a la *lex artis*.

QUINTA.- Respecto el documento del consentimiento informado cabe recordar que supone “*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*” (artículo 3 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, (en adelante Ley 41/2002). También es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (artículo 8.3 Ley 41/2002).

La exigencia del documento de consentimiento informado ha sido tratada de distinta forma por la jurisprudencia nacional e internacional, destacando la evolución jurídica a partir de 2020. La jurisprudencia nacional ha optado por con una interpretación más estricta en la exigencia del cumplimiento de este requisito.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (RC 3595/2019) examina, si la falta de información concreta sobre la posibilidad de sufrir una infección por *staphilococo aureus* podía ser motivo de infracción del deber de información y de la autodeterminación de la voluntad del paciente. El recurrente sostuvo que la mala praxis ad hoc por “*información parcial*” constituyó una vulneración del artículo 8 de la Ley 41/2002.

La citada sentencia determina que la inobservancia de información específica sobre el riesgo de padecer esa infección constituye una mala *praxis*, que motiva una responsabilidad patrimonial por anormal funcionamiento del servicio público. Resuelve que se ha producido un daño moral al paciente, concretado en la lesión del derecho de autonomía de su voluntad, daño que es antijurídico.

En un caso con similitudes al examinado, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, de 10 de abril de 2023 (RC 612/2022, F.J. 4º), resolvió que la información sobre los riesgos de la intervención ha de proporcionarse por escrito, y alcanza igualmente a los riesgos poco frecuentes, como el de cola de caballo. La sentencia concluye que: *«conviene retener que la información sobre los riesgos de la intervención ha de proporcionarse por escrito, alcanza asimismo a los riesgos poco frecuentes y la comunicación al paciente ha de ser comprensible. De ello se deriva que no puede compartirse la alegación de la apelante relativa a la información verbal y tampoco puede acogerse la argumentación relativa a que el síndrome de cola de caballo constituye una lesión neurológica que puede entenderse comprendida en la expresión genérica “lesión del nervio” que se contiene en el documento de consentimiento informado como complicación poco frecuente de la intervención quirúrgica de laminectomía por estenosis de canal lumbar».*

Asimismo, la doctrina del Consejo Consultivo de la Región de Murcia y del Consejo de Navarra, Dictamen 166/2024, de 14 de junio y Dictamen 1/2022, de 11 de enero, respectivamente, examinaron supuestos de insuficiencia de contenido del documento de consentimiento informado. En el primer caso, se trataba de una intervención de *hallux valgus* y, en el segundo caso, de una laminectomía, sin que en ninguno de los correspondientes documentos se incluyera como posible secuela, la cola de caballo. La doctrina de ambos consejos consultivos señala que, al amparo de la

jurisprudencia existente y de los pronunciamientos citados, se infringió la *lex artis* al no reflejar la posibilidad de padecer una lesión tan grave, que resultó la finalmente sufrida, procediendo a cuantificar las respectivas indemnizaciones según el caso concreto.

Centrado el objeto del debate, en el caso objeto de dictamen, ninguno de los documentos cumple con los requisitos de contenido al no recoger de forma detallada las posibles lesiones neurológicas, como la sufrida por el reclamante.

Cabe adelantar que, sin perjuicio del valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, siguiendo lo recogido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), o más recientemente, en la citada Sentencia del mismo Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023), en este aspecto no se comparte el criterio de la Inspección, y por ende, del informe pericial de la aseguradora del SERMAS, en virtud de la interpretación que la reciente jurisprudencia y doctrina ha establecido para entender colmado el requisito de información al paciente a través del documento de consentimiento informado.

En el documento correspondiente a la anestesia loco-regional, a los efectos de la reclamación, se menciona como posible riesgo lo siguiente: *“También es posible que queden molestias en la zona, con sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajeros, aunque en raras ocasiones pueden generar daño nervioso permanente”*.

A su vez, en el correspondiente documento relativo a la intervención se refiere únicamente: *“Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva y es*

significativamente más frecuente en caso de recambio protésico que en primeras prótesis”.

En ambos casos se refiere a daño en la zona o en la pierna, y se hace una referencia genérica a que puede generar daño nervioso permanente, o una disminución de la sensibilidad o parálisis.

La Inspección Sanitaria, y el informe médico pericial consideraron suficientes ambas referencias, para entender cumplida la finalidad informativa de sendos documentos sobre las posibles lesiones al reclamante.

Sin embargo, el contenido reflejado en ambos documentos es insuficiente, conforme se contrasta con el modelo estandarizado de documento de consentimiento informado de la Sociedad Española de Anestesiología. En este documento se especifica entre las posibles lesiones para la anestesia local-regional similar a la empleada: *“Lesiones neurológicas de carácter grave y/o permanente que afecten a los territorios nerviosos relacionados con la zona de punción. Dando lugar a la aparición de parálisis, atrofia, síndrome de dolor crónico complejo, paraplejía, síndrome de cola de caballo, etc.”.*

En suma, el contenido de sendos documentos de consentimiento informado de la anestesia y del recambio de prótesis resultan insuficientes para entender cumplida la exigencia del artículo 8.3 de la Ley 41/2002, produciéndose una vulneración de la *lex artis*, de conformidad con la jurisprudencia y doctrina señalada.

SEXTO.- El importe de la indemnización merece ser analizado expresamente, dadas las lesiones sufridas por el paciente y la ausencia de cuantificación por su parte.

La propuesta de resolución considera que procede reconocer una indemnización por importe de 6.000, por los defectos de información de los que adolecen los documentos de consentimiento informado.

A partir de nuestro Dictamen 738/22, de 29 de noviembre, venimos reconociendo una indemnización de 9.000 euros, cantidad global y actualizada, en atención a la falta completa de documento de consentimiento informado, de modo que, ante un documento incompleto, cabe reconocer una indemnización, también global y actualizada, de 6.000 euros.

Sin embargo, en el presente caso, para determinar la cuantía de la indemnización es necesario atender a las circunstancias concretas y a la magnitud de la lesión sufrida.

Así, en el citado Dictamen 166/2024, de 14 de junio, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, tras invocar la jurisprudencia referida, señala que *“nuestro Tribunal Superior de Justicia viene fijando, en lo que respecta a indemnización por daño moral como consecuencia de ausencia o insuficiencia de consentimiento informado, cantidades tales como: 8.000 euros (Sentencia 701/2014, de 3 de septiembre); 10.000 euros (Sentencia 679/2015, de 17 de julio); 12.000 euros (Sentencia 589/2014, de 4 de julio); 60.000 euros (Sentencia 143/2014, de 28 de febrero); o 100.000 euros (Sentencia 973/2013, de 27 de diciembre)”*.

A continuación, añade:

“En este orden de cosas, el Consejo Jurídico considera que en el presente supuesto no parece cuestionable que el resultado derivado del empleo del método anestésico aplicado a la paciente para la realización de una intervención quirúrgica de hallux valgus -que no entraña un especial riesgo y para cuya solución existen alternativas terapéuticas contempladas en el consentimiento informado para esta cirugía que obra al folio 107, tales como utilización de separadores de dedos o calzado modificado-, puede alcanzar dimensiones de daño desproporcionado a la gravedad de

la patología que lo motivó, ya que lo cierto es que la enferma para sanar de unos simples juanetes se encuentra en la actualidad seriamente afectada para llevar a cabo actividades tan elementales para la vida diaria como orinar y defecar de forma controlada o mantener relaciones sexuales satisfactorias, con lo que se puede concluir que existen circunstancias especiales que nos lleva a fijar una indemnización global de 24.000 euros, con las actualizaciones que legalmente correspondan”.

Por su parte, el Dictamen 1/2022, de 11 de enero, del Consejo de Navarra resuelve:

“En este supuesto concreto y partiendo de la dificultad que encierra la valoración del daño moral, y atendidas las circunstancias personales de la paciente, en especial la edad de la misma (más de 60 años), las opciones disponibles (es decir, en qué medida existía la posibilidad real y razonable de elegir entre someterse al procedimiento quirúrgico o desistir), el hecho de que la operación quirúrgica no contravino con certeza los deseos de la paciente y el daño o situación final de la paciente, fijamos esa indemnización de modo prudencial y siguiendo los criterios del Tribunal Supremo en la suma de cincuenta mil euros cifra que se entiende actualizada a la fecha de este dictamen”.

A su vez, en relación a los elementos valorables a efectos de cuantificar una indemnización por una secuela como la sufrida por el reclamante, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de fecha 29 de septiembre de 2023 (recurso 166/2022), señala:

«la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de marzo de 2011 (rec. 2.302/2009) vino a declarar que ha de tenerse en cuenta que el resarcimiento del daño moral por su carácter afectivo y de “pretium doloris”, carece de módulos objetivos, lo que conduce a

valorarlo en una cifra razonable que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.

Entre ellas, además de la entidad del daño, habrán de ponderarse, a título de ejemplo y según los casos: si la asistencia ha sido necesaria y curativa u opcional y satisfactiva; el estado de salud del paciente antes y después de la asistencia sanitaria; la ausencia completa o la insuficiencia de información o del consentimiento informado; el porcentaje de posibilidad o probabilidad de producción del riesgo o complicación; la entidad de la omisión y la trascendencia práctica del defecto en relación al resultado, o si solo se ha tratado de una vulneración formal del derecho de información, sin relevancia material, lo que es tanto como si los riesgos sobre los que no se informó se produjeron finalmente, o no; la edad en el momento de la operación, actividades, formación y situación familiar del paciente; las repercusiones personales y económicas de las lesiones para su vida futura; las opciones disponibles, es decir, en qué medida existía la posibilidad real y razonable de elegir entre someterse al tratamiento o al procedimiento quirúrgico o desistir del mismo; y el daño o situación final del paciente, que consideramos acreditado y valorado en virtud del dictamen de valoración del daño corporal realizado por el perito de la parte actora. Teniendo la doctrina jurisprudencial que permite considerar la obligación pecuniaria de resarcimiento como una deuda de valor, así como lo actuado en este procedimiento, debemos concluir que concurren varias de las precitadas circunstancias, lo que determina que, a juicio de este Tribunal, se fije la indemnización en la cuantía total de DIEZ MIL EUROS (10.000 euros) de la que se habrá que descontar el importe que efectivamente haya recibido por este concepto».

Aplicando estos criterios al reclamante, es necesario destacar que el paciente contaba con 71 años en el momento de la operación y la causa de la intervención fue el aflojamiento aséptico de platillo tibial de la prótesis operada en 2019 y dolor persistente en la rodilla izquierda, por tanto, la asistencia médica era necesaria y tenía fines curativos.

El paciente tenía diagnosticada, antes de la operación, espondiloartrosis L5-S1, asociada a artrosis facetaria, y era independiente para realizar las actividades diarias. Sin embargo, tras la operación, tiene una discapacidad del 81 %, necesitando silla de ruedas y quedando impedido para realizar actividades elementales para la vida diaria.

En virtud de todo lo señalado, atendiendo a la edad del paciente, a la limitación vital que la secuela le supone, y al carácter curativo que tenía la intervención, se fija una indemnización de modo prudencial siguiendo los criterios indicados, de 50.000 euros, al haberse infringido el derecho a la información del paciente. por el defecto de información referido, cantidad global y actualizada.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación al haberse acreditado la infracción de la *lex artis*, en lo que afecta a la información facilitada al paciente en los documentos de consentimiento informado, reconociendo el derecho a percibir una indemnización por importe de 50.000 €.

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 26 de noviembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 633/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid