Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 2 / 2 0 2 6

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 26 de marzo de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 48/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 11 de febrero de 2026 (registro de entrada de fecha 13 de febrero de 2026) tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en representación de (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada -90.000 euros- determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo sea preceptiva, según lo establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias en relación con la Disposición final sexta apartado dos, de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

[*] **Ponente: Sra. de León Marrero.**

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

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. El reclamante ostenta la condición de interesado, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP)], puesto que alega daños sufridos en su esfera jurídica como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y está legitimado activamente por cuanto solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados. Actúa a su vez a través de representación debidamente acreditada (art. 5.1 LPACAP).

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

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP, puesto que se presenta el 24 de septiembre de 2020 y en ella se solicita una indemnización por los daños que considera producidos por una mala praxis médica en la realización de las diversas punciones y bloqueos transforamidales realizados en el mes de septiembre de 2019, que según el reclamante le ha producido dolor crónico intenso en zona lumbar, debilidad en miembros inferiores que le impiden mantenerse en pie y deambular de manera correcta. Consta en la historia clínica que el paciente fue derivado al Hospital Universitario de Canarias, donde ha sido atendido por el Servicio de Clínica del dolor y Neurocirugía, habiendo sido tratado con estimulador medular desde febrero de 2022 por síndrome de espalda fallida, como tratamiento para el dolor y se incluye en lista de espera quirúrgica para disectomía L4-L5 el 3 de octubre de 2022. Por tanto, en la fecha en la que interpone la reclamación no se había determinado el alcance de las secuelas.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio (art. 91.3 LPACAP). No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa (art. 21 LPACAP).

En el presente supuesto se ha superado con creces el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP. La demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3.b) LPACAP.

II

En lo que se refiere a los antecedentes de hecho que han dado lugar al presente procedimiento, en la Propuesta de Resolución se procede a efectuar una síntesis de lo manifestado en el escrito de reclamación en los siguientes términos:

- El 12 de septiembre de 2019, acude al Hospital General de La Palma (HGLP), consulta de Neurología, por parestesias y dolor que se irradiaba desde la espalda a la parte posterior lateral de la pierna derecha y hasta el dedo gordo del pie.

- El 13 de septiembre de 2019, se le realiza bloqueo transforamidal y desde ese momento, especialmente a partir del 15 de septiembre, tiene dolor intenso y debilidad en ambos miembros inferiores, lo que causa que se le ingrese el 17 de septiembre de 2019 a petición del departamento de anestesia del HGLP, hasta el 30 de septiembre de 2019, cuando recibe el alta. Sale caminando con muletas porque no puede mantenerse en pie solo.

- Desde el 30 de septiembre de 2019, continúa con dolores agudos e incontinencia urinaria, lo que le hace acudir nuevamente a Urgencias del HGLP.

- El 21 de noviembre de 2019, queda ingresado, nuevamente a propuesta del departamento de anestesia para estudiar un posible síndrome de cola de caballo, además de seguir realizando pruebas en la Unidad del Dolor, Unidad de Psiquiatría y Unidad de Rehabilitación, así como punciones transforamidales. Se indican resonancias magnéticas con contraste.

- Recibe el alta el 17 de diciembre de 2019.

- A partir de enero de 2020, inicia tratamiento psiquiátrico por síndrome ansioso depresivo por este problema de salud y sigue pendiente de tratamiento. En una reunión con la Gerente del HGLP se le indica que el bloqueo estaba pendiente de tratamiento a tramitar y realizar desde el Hospital Universitario de Canarias (HUC). Sin embargo, en febrero de 2020, se presenta en dicho centro hospitalario y allí declinan realizar prueba alguna porque es competencia de los doctores adscritos al HGLP.

En la reclamación se concluye:

(...) El Servicio de Neurología, Traumatología y Anestesia, que me ha tratado no ha sido capaz de paliar mis dolores y las complicaciones que ellos mismos derivaron en mi salud debido a la mala praxis y negligencia médica del pasado mes de septiembre de 2019.

Durante todo este tiempo he desarrollado debido a la pésima evolución del proceso un síndrome ansioso depresivo por el cual recibo tratamiento farmacológico, así como que continuo con dolores que se iniciaron de una manera insoportable desde el mes de septiembre del año 2019.

En definitiva, ha existido una clara y reiterada mala praxis y negligencia médica a niveles anestesiológicos y neuroquirúgicos, tras las diversas punciones y bloqueos transforaminales, que da lugar a la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 24 de septiembre de 2020, en los términos expuestos en el Fundamento anterior.

2. El 21 de octubre de 2020 se requiere al interesado para que en el plazo de diez días proceda a subsanar la reclamación. Dando efectivo cumplimiento a dicho requerimiento el 6 de noviembre de 2020, mediante la presentación de escrito en el que determina lesión concreta por la que reclama, su relación de causalidad con el servicio público sanitario, propone prueba testifical, pericial, que deja anunciada para su aportación posterior, y documental. Finalmente, acredita la representación que ostenta (...).

En el escrito de subsanación determina la lesión concreta por la que reclama que es el dolor crónico en la zona lumbar de fuerte intensidad con debilidad de ambos miembros inferiores que le impiden mantenerse en pie y deambular de manera correcta. Considera que tales lesiones fueron causadas por la mala praxis médica en la realización de las diversas punciones y bloqueos transforaminales realizados por los servicios de Neurocirugía y Anestesiología.

3. El día 12 de noviembre de 2022 se dicta la Resolución n.º 2670/2022 del Director del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), en representación de (...).

4. Consta que en la fase de instrucción se solicitaron los siguientes informes, con el siguiente resultado:

- Con fecha 13 de noviembre de 2020 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de modo que a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado, presuntamente, la lesión, se determine las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario, así como la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente.

- El 27 de septiembre de 2023 la Jefa de Servicio del SIP, comunica al Servicio de Normativa y Estudios, que siguiendo instrucciones de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se aporta relación de expedientes de responsabilidad patrimonial que continuarán su tramitación sin informe del SIP, entre los que se encuentra el presente caso.

- Se recaba la historia clínica del paciente obrante en el Hospital General de La Palma, en el Hospital Universitario de Canarias, así como de Atención Primaria.

- El 24 de noviembre de 2020 se emite informe por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General de La Palma.

- El 1 de diciembre de 2020 se emite informe por el Servicio de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor del Hospital General de La Palma.

- El 17 de marzo de 2021 se emite informe del Servicio de Neurología del Hospital General de La Palma.

- Consta informe de Especialista en Neurocirugía del centro médico SERMEVA en relación con la consulta que tuvo lugar el día 27 de septiembre de 2019, así como informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital (...) en relación con la intervención quirúrgica a la que fue sometido en dicho centro el 6 de julio de 2018.

5. El 24 de enero de 2024 se notifica al interesado Acuerdo Probatorio, en el que se admite como medios probatorios, las documentales propuestas por el interesado y el Servicio Canario de la Salud, que ya se encuentran incorporadas al expediente. El mismo 24 de enero de 2024 se notifica el trámite de audiencia, sin que el interesado haya presentado alegaciones.

6. Con fecha 29 de febrero de 2024 por la Secretaria General, como órgano instructor, se formula Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación.

7. Mediante Oficio de 1 de marzo de 2024 (registro de entrada de fecha 4 de marzo de 2024) la Sra. Consejera de Sanidad solicita la emisión del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo, el cual es emitido el 12 de abril de 2024 (DCC 189/2024), en el que se advierte la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, por la ausencia de informes necesarios para la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

Por ello, se concluye que la Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho, pues es necesario retrotraer las actuaciones, a fin de recabar el informe del SIP y con carácter previo a éste, de los servicios intervinientes en el proceso asistencial que no han emitido informe - informe del Servicio de Clínica del Dolor y de Neurocirugía del HUC que habrán de pronunciarse sobre la situación clínica del paciente y su evolución y en concreto sobre el origen o causa de su dolor crónico lumbar y la debilidad de ambos miembros inferiores, de modo que se determine si existe alguna relación entre dichas dolencias y la realización de los tratamientos dispensados en el HGP consistentes en los bloqueos transforaminales llevados a cabo en el mes de septiembre de 2019, a los que el reclamante imputa la causa de sus dolencias por haberse realizado infringiendo la *lex artis ad hoc.*

Tras ello se le otorgará el trámite de vista y audiencia al interesado y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución que será objeto del preceptivo Dictamen de este Consejo Consultivo.

8. El 26 de abril de 2024 por el Servicio de Normativa y Estudios se solicita al HUC la emisión de informe de los Servicios de Clínica del Dolor y de Neurocirugía de

ese Centro Hospitalario, en los términos indicados en su Fundamento IV del DCC 189/2024 de 12 de abril.

9. El 23 de mayo de 2024 se emite informe por el Servicio de Neurocirugía del HUC, en el que se manifiesta lo siguiente:

«- El paciente fue visto por primera vez en el Servicio de Neurocirugía del CHUC en 2012. En esa época presentaba dolor lumbar ya considerado como crónico (varios años de evolución) con reagudizaciones de dolor ciático por la pierna derecha. Este dolor procedía de patología degenerativa lumbar con alteración de múltiples discos intervertebrales (L3-L4, L4-L5 y L5-S1) con protrusión hacia el canal raquídeo sin compresión de las estructuras neurológicas. En ese momento se descartó intervención quirúrgica.

- El paciente vuelve a ser visto, según consta en la historia clínica, el 12.12.2019. En ese momento, ya había sido intervenido de hernia discal lumbar L5-S1 en el Hospital (...) (06.07.2018). El paciente refiere dolor lumbar con irradiación por la pierna derecha que parece de características neuropáticas. Se realizan estudios con RM y no se identifica compresión de estructuras neurológicas que justifique una nueva intervención quirúrgica en ese momento.

Si la solicitud de información que se nos hace, según se desprende de la documentación que hemos recibido, tiene que ver con el estado del paciente antes de septiembre de 2019, esto es lo que podemos aportar».

10. Se emite informe por la Unidad del dolor del HUC en el que se indica que el paciente está siendo tratado desde el 3 de agosto de 2020 en la Unidad del dolor remitido por el Servicio de Neurocirugía por dolor persistente lumbar. El juicio diagnóstico en la primera consulta fue: dolor lumbar crónico, síndrome de espalda fallida lumbar y posible sensibilización central. A pesar del tratamiento médico con opiáceos y neuromoduladores seguía con cuadro de dolor. Se realiza nueva RM lumbar y nuevo estudio neurofisiológico. En enero de 2022 se implanta neuroestimulador medular sin incidencias. Concluye: «*En el momento actual el dolor que presenta principalmente en el miembro inferior derecho está controlado parcialmente con el sistema de neuroestimulación medular en combinación con el tratamiento médico pautado (Fentanilo TD 100 mcg/h + antinflamatorios+ neuromoduladores)».*

11. El 24 de octubre de 2024 se solicita informe al SIP, el cual es emitido el 31 de julio de 2025 en el que se afirma por el Inspector médico que «*no se evidencia desviación de la lex artis ni relación de causalidad directa entre la asistencia sanitaria recibida y el daño reclamado que justifique la existencia de responsabilidad patrimonial».*

12. El 3 de septiembre de 2025 se notifica nuevo trámite de audiencia al reclamante, que no formula alegaciones en el plazo conferido.

13. El 9 de diciembre de 2025, el reclamante presenta informe pericial que es remitido por el Gerente de Servicios sanitarios del Área de Salud de La Palma al Servicio de Inspección y Prestaciones, que a su vez lo remite al Servicio de Normativa y Estudios.

14. El 5 de febrero de 2025 se dicta Propuesta de Resolución por la Secretaria General del Servicio Canario de Salud por la que se propone desestimar la reclamación formulada por (...), por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la LRJSP, cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley.

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso nº 1308/2012, ponente D.ª M. Robles F., Roj STS 4942/2014, FJ 3): "la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: 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) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta"».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4.ª, recurso n.º 4397/2010, ponente J. Cudero B., Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *Lex Artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

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

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Sentada la anterior doctrina, a los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido una infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud extraído del informe emitido por el SIP de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención al

paciente, así como de la documentación aportada por el reclamante durante la tramitación del procedimiento.

El reclamante considera que el dolor crónico en la zona lumbar con debilidad de ambos miembros inferiores fue causado por la mala praxis médica en la realización de las diversas punciones y bloqueos transforaminales realizados por los servicios de Neurocirugía y Anestesiología. Si bien en la reclamación deja anunciada la aportación de informe pericial, éste es aportado extemporáneamente, transcurrido el plazo para formular alegaciones en el trámite de audiencia. A pesar de ello, el órgano instructor incorpora al expediente tramitado el informe pericial aportado.

Hay que poner de relieve a la hora de valorar la praxis médica, la importancia que tienen, a efectos probatorios, los datos anotados en la historia clínica del paciente**,** ya que son el fiel reflejo de su estado y evolución y de la asistencia sanitaria dispensada, en el momento en que esta se produce y que además está informatizada para garantizar su contenido.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos de la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

- El reclamante presenta como antecedentes médicos relevantes dislipemia, hernia de hiato, síndrome depresivo y discopatía lumbar de larga evolución. Su historia de lumbalgia está documentada desde el año 2011 con irradiación hacia la pierna derecha atribuido a traumatismo el 1 de junio de 2011.

- El paciente fue visto por primera vez en el Servicio de Neurocirugía del CHUC en 2012. En esa época presentaba dolor lumbar ya considerado como crónico (varios años de evolución) con reagudizaciones de dolor ciático por la pierna derecha. Este dolor procedía de patología degenerativa lumbar con alteración de múltiples discos intervertebrales (L3-L4, L4-L5 y L5-S1) con protrusión hacia el canal raquídeo sin compresión de las estructuras neurológicas. En ese momento se descartó intervención quirúrgica.

- En el año 2017 comenzó seguimiento por parte de la Unidad del Dolor (UDO) debido a lumbalgia crónica con episodios de irradiación y limitación funcional.

- El 6 de julio de 2018 fue intervenido en el Hospital (...) de hernia discal lumbar mediante artrodesis L5-S1, con seguimiento postoperatorio por UDO.

- Es valorado en abril de 2019 por Traumatología y por Neurocirugía del Hospital General de La Palma por persistencia del dolor lumbar durante la bipedestación y la marcha por lo que ambos servicios solicitaron interconsulta a UDC.

- El 12 de abril de 2019 es valorado en consulta de UDC. El paciente refiere mucho dolor que llega a parte posterior de pierna y planta del pie derecho. Se solicita estudio neurofisiológico y se plantea epidural trasnforaminal L4-5 derecho que acepta y se realiza el 10 de mayo de 2019.

- El 10 de mayo de 2019 se realiza el primer bloqueo epidural trasnforaminal L4-L5 derecha por el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor del HGP.

- Es valorado el 19 de agosto de 2019 donde refiere que estuvo mucho mejor, pero que en las últimas dos semanas le ha vuelto un poco el dolor, por lo que se le plantea un refuerzo con otra epidural transforaminal que acepta.

- El 12 de septiembre de 2019 acude por debilidad en miembro inferior y mucho dolor que le imposibilita la deambulación, es valorado por Neurología y tras exploración y RMN cervical donde se objetiva discopatía degenerativa incipiente C5-C6 sin evidencia de hernias ni protusiones discales, se establece como juicio clínico Radiculopatía crónica L5-S1 derecha. Se solicita EMG-ENG preferente para valorar daño crónico y si hay más raíces afectadas. Se cita en tres meses.

- El 13 de septiembre de 2019 se realiza el segundo bloqueo transforaminal.

- Consta en el expediente informe de 27 de septiembre de 2019 del Neurocirujano del Centro médico privado «*Sermeva*», donde acude con consulta por ciática alta por territorio L4/L5 y bloqueo motor a raíz de un bloqueo epidural realizado hace 14 días. Refiere que el primer bloqueo fue efectivo, pero a raíz del segundo comienza con pérdida de fuerza en la pierna e hipoestesia por territorio L4 derecho hasta primer dedo. Se realiza RMN lumbar: no hay recidivas herniarias, ni hematomas o efectos masa que comprometan la raíz. EMG: radiculopatía leve.

- Se concluye que el paciente sufre una radiculitis postbloqueo, complicación descrita y que no depende de la técnica realizada. Le comenta al paciente que el tratamiento que tiene pautado es el correcto, sólo añade Alaon. El electromiograma no muestra la radiculitis porque es necesario al menos 3-4 semanas para que sea valorable en el mismo.

- El 16 de septiembre de 2019 acude de nuevo al HGP por dolor lumbar de fuerte intensidad, debilidad en ambos miembros inferiores, pero de predominio de MID sin

afectación motora. Queda ingresado con tratamiento endovenoso y se decide ingreso en Anestesia. Se realiza RMN urgente sin y con contraste, y se identifica una rectificación de la lordosis con hernias intraesponjosas de Schmorl en charnel dorso lumbar como variante anatómica. Es valorado por Neurología, Neurocirugía y Rehabilitación. Durante su estancia presenta dolor de difícil control que requirió otro refuerzo con epidural esta vez interlaminar el 21 de septiembre y pudo controlarse hasta pasar a analgesia vía oral y comenzar la deambulación con apoyo en muleta. En EMG muestra radiculopía leve. Dada su buena evolución se decide alta el 30 de septiembre y control por consultas externas de UDC. Con juicio diagnóstico: hernia discal lumbar, dolor postdisectomía L%-S. Radiculitis postbloqueo.

- El 21 de octubre de 2019 se realiza nuevo tratamiento por UDC con nucleolisis por radiofrecuencia L4-5 derecha + infiltración de PRP.

- Por nuevo episodio de dolor se vuelve a realizar otra epidural el 3 de diciembre de 2019 presentando buena evolución.

- Según informe del Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor, se habla con Gerencia del HGP para romper relación médico-paciente debido a la falta de confianza y sensación de acoso que ha sufrido con este paciente. Llama al paciente el 23 de enero de 2020 para comunicárselo y tramitar la continuidad de la asistencia con la Unidad de dolor de referencia del HUC.

- El 12 de diciembre de 2019 se realiza teleconsulta con neurocirugía del HUC y se recomienda, valorando las pruebas y la situación clínica del paciente, realizar bloqueo/RF facetaria por parte de la Unidad del dolor. No vemos indicado tratamiento neuroquirúrgico a nivel lumbar. Damos cita de revisión.

- Es valorado por Neurocirugía del HUC el 25 de marzo de 2020 por presentar dolor lumbar crónico de años de evolución, con crisis de lumbociática derecha que han aumentado en frecuencia e intensidad desde hace un año. Cuenta aumento de la intensidad de los síntomas al realizar maniobras de Valsalva y refiere adormecimiento y parestesias en planta del pie derecho.

- En Resonancia Magnética: se observan múltiples discopatías en región lumbar L3-L4, L4-L5 y L5-S1 con protrusión hacia el canal raquídeo. No se aprecia importante compresión radicular. Se pauta tratamiento y alta en consulta.

- El 2 de junio de 2020 en teleconsulta (COVID) consta: Sin cambios clínicos, pendientes de realización de RM lumbar y de cita próxima con la unidad del dolor. Damos cita de revisión.

- El 3 de agosto de 2020 acude a Unidad del Dolor del HUC. Acude en silla de ruedas con un cuadro de dolor lumbar severo irradiado a miembro inferior derecho. El juicio diagnóstico en la primera consulta fue: dolor lumbar crónico, Síndrome de espalda fallida lumbar y posible sensibilización central. Se solicita EMG y se ajusta el tratamiento.

- En informe de Neurofisiología consta *«Patrón denervativo crónico de intensidad moderada en musculatura dependiente de territorios radiculares L5, S1 izquierdos y de intensidad leve-moderada en musculatura dependiente de territorios radiculares L5, S1 derechos. Sin presencia de actividad denervativa».*

- El 10 de febrero de 2021 acude a consulta de Neurocirugía del HUC fuera de hora, muy limitado con resultado de RM: con HDL L4-L5 derecha, voluminosa. Pendiente de G-ósea.

Patrón denervativo crónico de intensidad moderada en musculatura dependiente de territorios radiculares L5, S1 izquierdos y de intensidad leve-moderada en musculatura dependiente de territorios radiculares L5, S1 derechos. Sin presencia de actividad denervativa.

- El 12 de mayo de 2021 se somete a intervención quirúrgica en el Hospital (...) donde se lleva a cabo discectomía L4-L5 derecha, sin incidencias.

- El 4 de junio de 2021 acude de nuevo a consulta de Neurocirugía del HUC con resultado de Gammagrafía ósea. No indicación de cirugía en estos momentos. Tiene cita próxima con la unidad del dolor y con los neurocirujanos que le intervinieron en el HSJD. Se da cita de control por teleconsulta.

- Acudió en numerosas ocasiones al Servicio de Urgencia del HUC por mal control de dolor (30/01/2020, 25/12/2020, 16/02/2021, 21/02/2021, 8/03/2021, 30/11/2021, 04/09/2022, 11/09/2022, 13/09/2022, 29/09/2023).

- El 19 de enero de 2022 se coloca neuroestimulación medular y el 26 de enero de 2022 se realiza segundo tiempo de neuroestimulación medular, sin incidencias. En los primeros meses el neuroestimulador le funcionaba bien pero después empieza de nuevo con dolor intenso en el miembro inferior derecho, a pesar del correcto funcionamiento del neuroestimulador, y su correcta colocación.

- El 30 de marzo de 2023 acude a consulta en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Quirón Salud remitido desde el HUC para valoración de lumbociática derecha invalidante de tiempo de evolución, que le obliga a caminar con muletas, toma tramadol y parches de fentanilo. Tras exploración y pruebas complementarias se establece como juicio diagnóstico Discopatía L$-L5-S1 con HDL y ciatalgia invalidante y se propone cirugía de rescate, artrodesis lumbar L$-L5-S1 360.º. Se le explican los riesgos y las expectativas, entregando documento de consentimiento informado.

- El 11 de abril de 2023 ingresa en el Hospital Quirón Salud para cirugía programada lumbar, que transcurre sin incidencias. Tras evolución favorable, y TAC de control con adecuada colocación del material protésico es dado de alta hospitalaria.

- El 23 de mayo de 2023 acude a cita de revisión en Hospital Quirón Salud. En la cual el paciente refiere estar muy contento con el resultado de la cirugía, se encuentra sin ciática en el momento actual, deambulando sin muletas y leves molestias lumbares según posturas.

- El 5 de junio de 2023 acude a consulta de Rehabilitación en Hospital Quirón Salud. Se encuentra en tratamiento con enantyum, refiere dolor lumbar no irradiado, molestias cicatriciales, contractura de paraespinales lumbares, lasegue negativo y neuroestimulador actualmente desconectado.

- El 23 de junio de 2023 acude a consulta de Rehabilitación en Hospital Quirón, tras 10 sesiones realizadas. Refiere empeoramiento al manifestar lumbalgia irradiada a MID hasta planta del pie desde hace 2-3 días, lasegue + MID, dolor en cicatriz. Se suspende la fisioterapia y se recomienda valoración en Neurocirugía.

- Acude a Urgencias del Hospital Quirón Salud en varias ocasiones (28/06/2023, 3/07/23, 05/07/2023) por dolor lumbar.

- El 6 de julio de 2023 acude a consulta de Neurocirugía de hospital Quirón Salud por empeoramiento del dolor lumbar y aumento de debilidad en miembro inferior derecho de forma súbita que se inicia en las primeras semanas de junio. Recomienda ajustar tratamiento y se solicita RX lumbar.

- El 14 de julio de 2023 acude de nuevo a Urgencias del hospital Quirón Salud por dolor lumbar. En la exploración física se detectan maniobras positivas de columna lumbar (Lasegue y Bragard), dolor en flexión/extensión y alteraciones sensitivas sin datos de síndrome de cola de caballo. Con diagnóstico de lumbalgia crónica

agudizada queda ingresado en Neurocirugía para control del dolor y estudios. Se solicita RMN lumbar y se realiza TAC de columna.

- El paciente evoluciona favorablemente y tras los resultados de las pruebas de imagen, se le da el alta el 20 de julio de 2023.

- El 5 de marzo de 2024 acude a cita de revisión en Neurocirugía de Hospital Quirón en la que el paciente refiere empeoramiento progresivo del dolor lumbar con irradiación de MID y región inguinal. Se recomienda valoración por Traumatología, y por Unidad del dolor para concretar medicación y pauta de uso del estimulador. Se decide alta con control por médico de cabecera. Juicio diagnóstico: Artrodesis L4-S1. Intervenido dos veces de hernia discal lumbar. Portador de neuroestimulador. Dolor Neuropático crónico.

- Según informe del Jefe de Anestesiología de la Unidad del dolor del HUC en los últimos meses (septiembre 2023 hasta abril de 2024) se han realizado varias revisiones y cambios de parámetros de estimulación en conjunto con el técnico del fabricante del neuroestimulador. En el momento actual el dolor que presenta principalmente en el miembro inferior derecho está controlado parcialmente con el sistema de neuroestimulador medular en combinación con el tratamiento médico pautado (fentanilo TD 100 mcg/h + Antiinflamatorios+ Neuromoduladores).

En el Informe del SIP consta la siguiente valoración y conclusiones tras el análisis de la documentación clínica incorporada al expediente:

«El caso de (...) se inscribe en el contexto clínico del síndrome de cirugía fallida de espalda (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS), término que engloba la persistencia o reaparición del dolor tras una o varias intervenciones quirúrgicas sobre la columna vertebral.

Este síndrome afecta hasta un 40% de los pacientes intervenidos por patología discal lumbar, especialmente en presencia de factores como fibrosis epidural, recidiva herniaria, estenosis foraminal, o sensibilización central.

Desde el punto de vista técnico-asistencial, se ha verificado una progresión escalonada del tratamiento: inicialmente conservador con rehabilitación y tratamiento farmacológico; posteriormente, abordaje quirúrgico en dos fases (2018 y 2021), seguido de implantación de neuroestimulador en 2022, y finalmente cirugía de rescate en 2023 con técnica de artrodesis intersomática mediante sistema VITAL™ y TM Ardis®. Esta secuencia terapéutica es consistente con las recomendaciones recogidas en las guías clínicas actuales de manejo del dolor lumbar crónico [2].

En cuanto al seguimiento postoperatorio, se ha documentado atención continuada en consultas de Neurocirugía, Rehabilitación y Unidad del Dolor. No se han identificado

omisiones diagnósticas relevantes, ni indicios de que se hayan desoído signos de alarma neurológicos.

La decisión de suspender la rehabilitación en fases de reagudización es coherente con los principios básicos de fisioterapia adaptativa en el dolor neuropático posquirúrgico [3]. El uso de opioides, antineuropáticos (pregabalina, duloxetina), infiltraciones, y estimulación medular refleja un enfoque multidisciplinar, progresivo y adaptado a la evolución clínica. Es importante señalar que la eficacia de estas medidas en pacientes con dolor lumbar crónico postquirúrgico es moderada y variable, según la literatura especializada [4].

Respecto a la última cirugía de abril de 2023, la técnica empleada (artrodesis L4-S1 con dispositivo intersomático de titanio y tornillos pediculares) se considera de elección en casos de estenosis foraminal multisegmentaria y recidiva herniaria. No consta complicación intraoperatoria ni hallazgos radiológicos que justifiquen un error técnico. La persistencia de síntomas se explicaría, más bien, por la complejidad del cuadro clínico de base y no por una deficiente actuación profesional.

Por tanto, si bien la evolución del paciente es clínica y funcionalmente insatisfactoria desde su perspectiva, no se han hallado elementos objetivos que indiquen desviación de la lex artis. El sufrimiento derivado del proceso doloroso crónico es reconocible y clínicamente significativo, pero no atribuible a un defecto o error asistencial.

CONCLUSIONES

1. (...) ha sido diagnosticado y tratado por una patología discal degenerativa lumbar de evolución tórpida, caracterizada por dolor lumbociático crónico invalidante, recidiva herniaria y estenosis foraminal multisegmentaria, con afectación radicular bilateral documentada mediante electromiografía.

2. La asistencia sanitaria recibida ha sido continuada, progresiva y multidisciplinar, incluyendo tratamiento farmacológico, rehabilitador, terapias intervencionistas, neuroestimulación medular y tres intervenciones quirúrgicas (2018, 2021 y 2023), conforme a la evidencia clínica y a las guías de práctica vigentes en el tratamiento del dolor lumbar crónico y radicular.

3. No se han identificado omisiones diagnósticas relevantes, demoras injustificadas ni errores técnicos documentados durante las intervenciones ni en el manejo posterior. Las decisiones adoptadas se han basado en hallazgos clínicos y radiológicos consistentes, con seguimiento estrecho por los servicios implicados (Neurocirugía, Rehabilitación, Unidad del Dolor).

4. La persistencia de síntomas tras la última intervención, incluyendo dolor neuropático y limitación funcional, se considera una evolución posible dentro del síndrome de cirugía

fallida de espalda, cuya respuesta terapéutica es limitada en un porcentaje significativo de casos, incluso con técnicas avanzadas.

5. En consecuencia, no se evidencia desviación de la lex artis ni relación de causalidad directa entre la asistencia sanitaria recibida y el daño reclamado que justifique la existencia de responsabilidad patrimonial.

6. Cabe señalar que, en el ámbito asistencial, la intervención médica se encuadra dentro de una obligación de medios, lo que implica actuar conforme a las buenas prácticas clínicas, sin que pueda garantizarse un resultado concreto. En el presente caso, las actuaciones médicas han sido técnicamente proporcionadas y se han ajustado a los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles, sin constatarse defectos en la ejecución que justifiquen atribución de responsabilidad».

Por todo lo expuesto, y a tenor de los informes y documentación clínica recabada en fase de instrucción, se puede concluir que no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada. El reclamante no ha incorporado al expediente ningún elemento probatorio que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada. Su actuación probatoria se limita a la aportación de informe pericial que, en cuanto a la concurrencia de la infracción de la *lex artis* y la necesaria relación causal con el daño producido sólo indica que la situación del paciente *«es debida a la espera para poder realizar la segunda operación que debido al estado de alarma se fue alargando en tiempo y esto hizo que el paciente acudiera en multitud de ocasiones a urgencias también por presentar dolor lumbar, que con medicación no cesaba».* Sin embargo, tales manifestaciones no se corresponden con la realidad que consta acreditada en la historia clínica del paciente, de la que se desprende, sin género de dudas, una asistencia sanitaria continuada, completa, correcta y tempestiva, sin retrasos ni demoras injustificadas. Fue atendido de manera multidiciplinar, por distintas Especialidades (Traumatología, Neurología, Neurocirugía, Unidad del Dolor, Psiquiatría). Fue sometido a múltiples pruebas diagnósticas y tratamientos, tanto farmacológicos como quirúrgicos, con la finalidad de conseguir una mejora de sus dolencias, sin poder conseguir un resultado satisfactorio a largo plazo, pero sin que éste sea debido a una actuación contraria a la *lex artis*, sino a la complejidad del proceso patológico, siendo el síndrome de cirugía fallida de espalda una patología que afecta entre un 10 y un 40 % de los pacientes intervenidos por patología discal lumbar, sin relación con la corrección de la técnica empleada.

El hecho de que el resultado final tras un proceso asistencial sea desfavorable o no sea el esperado, no supone *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de

la Administración sanitaria. Para que el daño sea indemnizable, es preciso que se produzca una lesión, en el sentido de daño al que se añade la nota de la antijuridicidad. Como bien afirma la Sentencia de la Audiencia Nacional de 24 de mayo de 2000, *«la lesión se define como daño ilegítimo, pues no todo perjuicio es constitutivo de una lesión en el sentido técnico-jurídico del término, porque si bien toda lesión es integrante de un daño y perjuicio, no todo daño y perjuicio es constitutivo de una lesión»*.

De los informes obrantes en el expediente se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada fue conforme a *lex artis*. El resultado final y el estado lesional del paciente no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud.

En definitiva, no concurre uno de los principales requisitos para apreciar la responsabilidad patrimonial sanitaria, que es la infracción de la *lex artis*, así como el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación interpuesta, por las razones expuestas en el Fundamento IV del presente Dictamen, con las advertencias indicadas en el apartado 1 de dicho fundamento.