

Dictamen n.º: **430/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.09.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 3 de septiembre de 2025, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por D. (en adelante, “*el reclamante*”) por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a mala praxis en la realización de una intervención quirúrgica de prótesis de rodilla en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 30 de octubre de 2023, el reclamante presenta un escrito en el registro telemático del Área de Gobierno de Cultura, Turismo y Deporte del Ayuntamiento de Madrid, solicitando una indemnización por la atención médica que le fue prestada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, al efectuarle una artroplastia total de rodilla, durante la cual, afirma que contrajo una infección con una bacteria, que atribuye al incumplimiento del protocolo prequirúrgico de asepsia.

El reclamante relata cronológicamente su evolución clínica desde que el 25 de marzo de 2022 ingresó en el referido hospital, a solicitud de su Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, para una intervención

quirúrgica, tras fracasar las medidas conservadoras ante la gonartrosis que padecía en su rodilla derecha. Explica que el incumplimiento del protocolo de asepsia prequirúrgica desencadenó el proceso infeccioso y malogró la buena evolución de la artroplastia de rodilla. Refiere que el hecho de que el cuadro de infección se manifestase de forma inmediata tras la intervención de marzo de 2022, y que en el cultivo fueran positivos determinados gérmenes, implica que no se le lavó antes con un jabón especial y que no se usó un antiséptico en la zona quirúrgica ni hubo profilaxis pre y post-quirúrgica. Además, considera que hubo un retraso en el diagnóstico y, por consiguiente, en el tratamiento de la infección.

Por todo ello, solicita una indemnización por importe de 150.000 euros y con su escrito adjunta diversa documentación médica y copia del D.N.I. del reclamante.

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

Se trata de un paciente, nacido en 1955, fumador activo, consumidor diario de cannabis, con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial, coronariopatía, gonartrosis derecha, alergia a la amoxicilina e intolerancia al paracetamol.

El 23 de diciembre de 2021, acude a consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por dolor en la rodilla derecha de años de evolución, habiendo sido operado a los 15 años de lesión ligamentosa. Presenta en la radiografía deformidad importante con artrosis post-traumática de rodilla derecha. Se solicita tele radiografía. El paciente está convencido de una cirugía de prótesis, ya que aguanta máximo 10-15 minutos de pie por dolor incapacitante. Se ofrece infiltración, que rechaza.

Con fecha 15 de febrero de 2022, acude a revisión. Gonartrosis severa post-traumática, quiere intervenir. Se explica patología,

pronóstico y tratamiento y firma el documento de consentimiento informado para recambio o retirada de una prótesis articular.

El 25 de marzo de 2022, ingresa en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de forma programada para artroplastia total de rodilla derecha, cementada, con recambio rotuliano.

En el check-list pre quirúrgico consta comprobación de rasurado de la zona e higiene correcta (realizada en casa con otro jabón), que se ha realizado la profilaxis antibiótica (en la historia de medicamentos administrados consta el 25 de marzo de 2022, a las 12:20 horas, un vial IV de vancomicina de 1 gramo) y se ha desinfectado la piel con clorhexidina alcohólica al 2% tintada.

En los registros de quirófano consta administración de una perfusión de vancomicina intravenosa durante la intervención.

La cirugía cursa sin incidencias, pasando a planta el mismo día. Vendaje limpio y seco a su llegada.

Con fecha 26 de marzo de 2022, consta cura de Enfermería con vendaje limpio. Observan hematoma en la herida. Aplican compresas más Mepore y frio local. El traumatólogo pasa visita y revisa análisis.

Consta nueva cura de Enfermería el 27 de marzo de 2022, encontrando flictenas y hematoma. Se deja Linitul y se aplica frio local. Pasa visita el traumatólogo, que insiste en que debe caminar, tras haber visto la radiografía.

Con fecha 28 de marzo de 2022, el paciente cursa alta en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, con indicación de ejercicios enseñados, medias elásticas, anticoagulación y analgesia. Le citan para curas en Enfermería de Traumatología y para revisión con el traumatólogo.

En el último parte de curas del mismo día consta que se curó con suero salino, povidona yodada, gasas y apósito Mepore y Linitul en zonas de flictenas.

El 30 de marzo de 2022 se acude a cura a su centro de salud. Escaso contenido hemático en apósito. Sin contenido purulento. Inflamación importante (sin otros signos de infección). Cura con suero fisiológico, clorhexidina y apósito.

Con fecha 1 de abril de 2022, le hacen cura en Enfermería de Traumatología. Pierna bastante inflamada y con bastante hematoma, incisión con flictenas. El mismo día, revisión en Traumatología. Clínicamente, dolor, pero, sobre todo, hematoma importante en todo el miembro inferior. Se explora patología neurovascular, sin hallazgos. Se pauta frío local, y vendaje compresivo, más nueva revisión.

El 5 de abril de 2022, se realiza cura en Enfermería de Traumatología. Herida quirúrgica con mucha inflamación y hematoma. Se coloca terapia por presión negativa PICO. El traumatólogo le realiza una artrocentesis.

Nueva cura en Enfermería de Traumatología el 8 de abril de 2022. Retiran terapia por presión negativa PICO: apósito manchado, menor inflamación y hematoma. Se comenta con el traumatólogo, que indica seguir con terapia por presión negativa PICO.

El 12 de abril de 2022 le realizan cura en Enfermería de Traumatología. Se retira presión negativa PICO, sin apenas manchado. Se retiran algunas grapas. Se decide cura seca con betadine para delimitar zonas de tejido desvitalizado y se le explica al paciente cómo hacerlo en casa.

Constan en la historia clínica de Enfermería de Traumatología nuevas curas el 19, 26 y 29 de abril, y el 5 de mayo de 2022. En esta

última fecha, se menciona que le han programado cirugía tras ser visto por el traumatólogo. El 10 de mayo de 2022, el traumatólogo, en consulta no presencial, le pone en lista de espera para desbridamiento y VAC (terapia de cierre asistido por vacío).

Con fecha 17 de mayo de 2022, se realiza cura en Enfermería de Traumatología. Herida con placa necrótica muy exudativa, se cura con Aquacel y Varihesive y el paciente indica que ya sabe fecha de la cirugía, el día 20 de mayo de 2022.

El 17 de mayo de 2022, acude a revisión de Traumatología. Informa que tuvo un gran hematoma, debido al cual se ha producido una necrosis en cicatriz distal. Se indica desbridamiento y VAC (terapia de cierre asistido por vacío) y se le explica la situación.

Con fecha 20 de mayo de 2022, ingresa en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de forma programada, con el diagnóstico de déficit cutáneo, con necrosis asociada, sobre herida quirúrgica de prótesis total de rodilla derecha. Firma el documento de consentimiento informado para desbridamiento quirúrgico.

Ese mismo día, con anestesia raquídea, le intervienen, realizando desbridamiento extenso, lavado con Pulsa VAC tras toma de muestras, Friedrich de la incisión y cierre con monofilamento sobre tercio superior colocando terapia VAC en los dos tercios inferiores de la herida. En el check-list quirúrgico, consta la perfusión IV de vancomicina profiláctica y un bolo de 2 gramos de ceftazidima IV.

Solicitan interconsulta urgente a Medicina Interna para valorar la infección.

El 22 de mayo de 2022, se menciona por parte del traumatólogo que crece en sinovial y líquido articular *Staphylococcus simulans*, resistente a

eritromicina y fosfomicina. Mantiene tratamiento con daptomicina y cloxa. En la misma fecha, consta que parece que crece un streptococcus, pendiente de identificación y sensibilidad. Se mantiene el mismo tratamiento.

Con fecha 24 de mayo de 2022, consta que crecen anaerobios en todas las muestras, por lo que, probablemente, se decida cobertura con rifampicina y moxifloxacina oral. El 27 de mayo, se recibe cultivo de Microbiología, positivo para Staphylococcus simulans, Finegoldia magna, Arcanobacterium bernardie y Peptoniphilus hareii.

Informan de descenso de la PCR a 2,5 en análisis y que, al día siguiente, empezarían con clindamicina y rifampicina oral tres meses.

Ese mismo día, realizan nueva cura en quirófano bajo anestesia raquídea y cambian el VAC, sin incidencias. El 30 de mayo de 2022, se menciona PCR de 3,2, el problema es la solución de la cobertura cutánea.

Con fecha 1 de junio de 2022, firma de nuevo el documento de consentimiento informado para recambio o retirada de prótesis, y el 2 de junio cursa alta, con tratamiento antibiótico instaurado por Medicina Interna (rifampicina y clindamicina), así como citas para curas y para nuevo recambio quirúrgico del dispositivo VAC.

El 9 de junio de 2022, se realiza cura en Enfermería de Traumatología. Se retira TPN VAC, herida con exposición de prótesis, lavado y cura, nuevo TPN VAC y valorado por el facultativo, que plantea reprogramar cirugía.

Con fecha 28 de junio de 2022, se le realiza cura en Enfermería de Traumatología. Herida con tejido de granulación, lecho sano, continua con material expuesto.

El 1 de julio de 2022, el paciente acude con su esposa a su médico de Atención Primaria, solicitando una segunda opinión porque se plantean prótesis fija o, incluso, amputación. Es derivado para valoración al Hospital Universitario La Paz.

Con fecha 11 de julio de 2022, ingresa nuevamente para reintervención de recambio de prótesis por infección.

Se realiza desbridamiento radical, patelectomía total, recambio por aflojamiento de vástago tibial a otro vástago mayor, manteniendo el femoral, artrodesis de rodilla mediante sistema de unión de vástagos de Link y cierre primario de la dehiscencia de la herida. Cobertura mediante colgajo de gemelo medial e injerto cutáneo. Toma de muestras para microbiología.

El 13 de julio de 2022, es valorado por Medicina Interna. En el cultivo, crece *Staphylococcus haemolyticus*. Se realiza antibiograma y el paciente es sensible a vancomicina y daptomicina.

Con fecha 21 de julio de 2022, inicia tratamiento con dalbavancina (autorizada por Farmacia) y se deja pautado el linezolid para el alta. El 22 de julio, cursa alta hospitalaria con indicación de dalbavancina y linezolid.

El 3 de agosto de 2022, acude a cura de Enfermería. Herida con buen aspecto, apenas drena el VAC, retira varios puntos. Le dan instrucciones de cura y autocuidado en domicilio. Acude de nuevo el 10 de agosto, apósito manchado serohemático en extremo distal. Ligero defecto cutáneo con fondo granulado. Se retiran puntos de la parte proximal.

Con fecha 12 de agosto de 2022, acude a hospital de día para la administración de dalbavancina IV. Le derivan a Urgencias por manchado

de la herida. Presenta una pequeña dehiscencia en el tercio distal, sin datos de alarma. Se realiza cura con agua y suero y se coloca apósito tipo Aquacel © y vendaje compresivo. El 17 de agosto, herida con tejido desvitalizado que retira mecánicamente, se retiran puntos distales.

El 7 de septiembre de 2022, acude a cura de Enfermería. Herida prácticamente cicatrizada en su totalidad, se retira PICO sin manchado, y se cura con betadine. Le valora el traumatólogo, que decide que haga las curas en su domicilio hasta caída de las costras. Recibe el alta.

Con fecha 2 de noviembre de 2022, le revisan en consultas de Traumatología. Capaz de caminar con una muleta, herida sin complicaciones, sigue con antibióticos, radiografía sin signos de complicación, PCR de 0,98.

Nueva revisión el 12 de diciembre de 2022. Cinco meses tras artrodesis, herida cerrada, asintomático, sin inflamación en miembro inferior. Aumento de PCR sin correlación con la clínica. Se pauta seguir con vibraxina y revisión en un mes.

El 27 de enero de 2023, acude a consulta de Traumatología. PCR ha vuelto a cifras de 1, radiografía con consolidación de falsa vía. Clínicamente muy bien. Es remitido de nuevo a Rehabilitación para fortalecer en piscina, con cita en 6 meses.

Con fecha 12 de febrero de 2023, le revisan en consultas de Rehabilitación de modo presencial por primera vez. Se desplaza en silla de ruedas en exteriores, ocasionalmente una muleta en tramos muy pequeños; en interiores, apoyándose en muebles, no precisa ayudas externas, no sale a diario, precisa ayuda para ducha, aseo y vestido para más seguridad (no hay plato de ducha). En la exploración: paso a bipedestación autónomo, con marcha sin ayudas unos pocos pasos y se le indica que retome los ejercicios que le enseñaron.

El 1 de junio de 2023, revisión en Rehabilitación. Mejor del dolor, se encuentra mucho mejor, pero persiste pérdida de fuerza, para lo que le indican seguir con ejercicios. Le dan el alta de tratamiento para el día 5 de junio, con 6 sesiones hechas,

Con fecha 28 de julio de 2023, le revisan en consultas de Traumatología. Paciente intervenido de prótesis total de rodilla, y posterior infección con necesidad de injerto y pérdida del aparato extensor, al que le implantó un clavo de artrodesis. Sin dolor, camina bien, aunque poco. PCR de 0,67, radiografía satisfactoria. Pregunta por sistemas para poder mover la rodilla, pero se le explica que, con la ausencia de aparato extensor, de cuádriceps y la infección pasada, no estaría indicado.

El 21 de agosto de 2023, ingresa por fractura periprotésica. Fractura de diáfisis femoral peri-implante en artrodesis de rodilla. Deciden RAFI (reducción abierta y fijación interna con doble placa, quedan en programar). Firma el documento de consentimiento informado. El 24 de agosto, le intervienen mediante reducción abierta y osteosíntesis según técnica AO mediante placa anterior y latera y recibe el alta hospitalaria el 28 de agosto.

Con fecha 8 de septiembre de 2023, acude a cura de Enfermería de Traumatología. Buen aspecto, se retiran grapas alternas. El 20 de septiembre acude la enfermera del centro de salud a cura en domicilio. Le retira los puntos. Buen aspecto de la herida.

El 11 de octubre de 2023, le revisan en consultas de Traumatología. 6 semanas post-operatorio, en radiografía sin desplazamientos y sin callo. Se mantiene un mes en descarga. Revisión en un mes. Con fecha 14 de noviembre de 2023, le revisan en consultas de Traumatología. Consolidación en radiografía. Se autoriza carga parcial con muletas.

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante de Atención Primaria y del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, ha emitido informe el jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, el 30 de noviembre de 2023, en el que refiere que *“al paciente le fue administrada profilaxis prequirúrgica según el Protocolo de Profilaxis Antibiótica quirúrgica del centro... Por otra parte, y según el Protocolo de Preparación Prequirúrgica vigente en nuestro centro, en fase intraoperatoria, tras anestesia, se realiza la preparación de la piel, lavando la zona quirúrgica con toallitas de clorhexidina. Posteriormente, se procede al pintado del campo quirúrgico, con clorhexidina alcohólica al 2%, mediante técnica estéril”*.

De igual modo, se ha incorporado al expediente el informe del jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del centro hospitalario, emitido el 28 de diciembre de 2023, en el que, tras las oportunas consideraciones médicas, se concluye:

“1) Que la infección de una prótesis de rodilla es una complicación perfectamente conocida, improbable pero posible, asociada a la prótesis de rodilla.

2) Que esta complicación está recogida como riesgo poco frecuente en el consentimiento informado preceptivo que el paciente firmó antes de la cirugía.

3) Que el paciente ha tenido un seguimiento exhaustivo de su proceso en el que la infección se ha identificado en cuanto los datos clínicos y de laboratorio del paciente lo han permitido.

4) Que en todo procedimiento quirúrgico al que el paciente fue sometido se siguieron escrupulosamente los protocolos de preparación prequirúrgica y profilaxis antibiótica vigentes en nuestro centro...”.

Por su parte, la Inspección Sanitaria, en informe de 24 de marzo de 2025, tras la descripción de los hechos, el análisis de las actuaciones practicadas y la bibliografía consultada, concluye que *“la asistencia sanitaria dispensada a D. en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, fue adecuada y conforme a la lex artis”.*

Una vez instruido el procedimiento, mediante oficio de 2 de abril de 2025, se confirió trámite de audiencia al reclamante quien, el 29 de abril de 2025, presenta escrito en el que cuestiona el contenido de los informes emitidos en el curso del procedimiento, afirma que el consentimiento informado no exime de la responsabilidad médica, que el hecho de que la complicación estuviese prevista en el documento de consentimiento informado no justifica la falta de medidas preventivas o de un tratamiento adecuado, y, además, reprocha el retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de la infección.

Finalmente, el 2 de julio de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, pues el daño que se reclama no resulta antijurídico.

CUARTO.- La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta, que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 14 de julio de 2025, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la

oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada en el Pleno de la Comisión en su sesión de 3 de septiembre de 2025.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas según establece su artículo 1.1. (en adelante, LPAC).

El reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), al ser la persona que ha recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en virtud del concierto suscrito con dicho centro hospitalario. En este punto, cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 19 de mayo; 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

En igual línea, la Sentencia de 16 de octubre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sección Décima, P.O. 50/2022, al señalar que *“en la contestación de la Comunidad sobre la exoneración de responsabilidad de la Administración de la Comunidad pues la relación que tiene con IDC Salud-Valdemoro es la propia de un concierto, y, en cuanto tal es IDC Salud quien tiene que asumir esa responsabilidad. No es cierto, la responsabilidad frente al perjudicado es solidaria, y existen numerosos argumentos para llegar a tal conclusión, y a ellos nos referimos en nuestra reciente sentencia de fecha de 9 de junio de 2022 (Rec. 500/2020) en que nos remitíamos a otros muchos pronunciamientos anteriores de esta Sala”*.

Por lo que se refiere al requisito temporal, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde el momento de producción del

hecho que motive la indemnización o desde la fecha en que se hayan manifestado sus efectos lesivos. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, el reclamante reprocha que, tras la intervención quirúrgica realizada, y como consecuencia de una infección posterior, ha sufrido una serie de padecimientos y secuelas. En este sentido, no cabe desconocer que el reclamante ha presentado, tras dicha intervención, una tórpida evolución clínica que ha obligado, incluso a una reintervención y al subsiguiente tratamiento de rehabilitación. En consecuencia, cabría situar el *dies a quo* para el cómputo del plazo de un año, en la fecha en la que el paciente recibió el alta por parte del servicio de Rehabilitación, es decir, el 5 de junio de 2023, de modo que la reclamación, presentada el 30 de octubre del mismo año, ha sido formulada dentro del plazo legal.

Por último, el procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, de modo que han emitido informe los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, además de haber solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de su incorporación al procedimiento, se ha concedido el trámite de audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones en el sentido ya expuesto, y, por último, se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir la antijuridicidad del daño.

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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJ-PAC:

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

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

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado 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”*.

CUARTA.- El reclamante reprocha en su escrito que el incumplimiento del protocolo de asepsia prequirúrgica desencadenó el proceso infeccioso y malogró la buena evolución de la artroplastia de rodilla. Además, considera que hubo un retraso en el diagnóstico y, por consiguiente, en el tratamiento de la infección.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar tales reproches, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos,*

como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

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

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente coinciden en señalar que la infección secundaria de la prótesis es una complicación que constaba en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente y que, una vez advertida, fue adecuadamente tratada por el servicio afectado, pero ello, por sí mismo, no implica falta de diligencia y cuidado en la cirugía, como pretenden el reclamante, pues no se constata en la historia clínica ninguna incidencia durante la intervención quirúrgica que pudiera evidenciar la existencia de mala praxis, ni el reclamante ha aportado prueba alguna en este punto. En este sentido resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, dada la importancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar a su informe ya que su fuerza de convicción deviene de su profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016)].

Pues bien, en este caso, el citado informe no deduce ninguna nota negativa en relación con la asistencia dispensada al interesado.

Así, la Inspección Sanitaria analiza cronológicamente la asistencia sanitaria prestada al reclamante y, respecto al supuesto incumplimiento del protocolo de asepsia prequirúrgica, refiere que *“está acreditado que se realizaron las medidas de asepsia y antisepsia habituales y se le puso antibioterapia profiláctica según el protocolo habitual, 1 gramo de vancomicina a su ingreso en perfusión intravenosa durante la cirugía, al*

ser alérgico a beta-lactámicos. Según el jefe de Servicio de Traumatología y el informe de Medicina Preventiva, no está indicada la profilaxis postquirúrgica por sistema y se considera mala praxis al ser causa de resistencia a antibióticos”.

Al respecto, y en cuanto a la alegada falta de un lavado prequirúrgico, cabe recordar que el Servicio de Medicina Preventiva señala en su informe, y así consta también en la historia clínica, que *“según el Protocolo de Preparación Prequirúrgica vigente en nuestro centro, en fase intraoperatoria, tras anestesia, se realiza la preparación de la piel, lavando la zona quirúrgica con toallitas de clorhexidina. Posteriormente, se procede al pintado del campo quirúrgico, con clorhexidina alcohólica al 2%, mediante técnica estéril”.*

La Inspección Sanitaria también analiza en su informe las medidas profilácticas adoptadas con posterioridad a la intervención y, así, recuerda que, en los primeros días, no se manifestó ningún dato de infección de la herida, salvo la existencia de un hematoma mayor de lo habitual, tomando en consideración, además, que el paciente no tenía factores de riesgo para tener problemas de cicatrización, de modo que *“ante esa situación clínica se le trató acorde a las circunstancias con las curas habituales, a la semana se le puso un vendaje compresivo para disminuir la inflamación y al resultar insuficiente, cuando se manifestó más el deterioro de la piel a los 10 días, se le comenzó a tratar con un sistema especial, la terapia por presión intermitente, para limpiar y drenar la herida, y se le extrajo líquido de la rodilla para disminuir la tensión de la piel.*

Con este sistema de curas, en las siguientes, los días 8 y 12 de abril había mejorado, apenas manchaba, y se retiró el TPN pasando a curas secas para delimitar las zonas de tejido desvitalizado...”.

El reclamante reprocha en su escrito, como ya señalábamos, que hubo un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de la infección, pero, como explica el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del centro hospitalario, el reclamante no presentó inicialmente síntoma alguno de infección, sino la presencia de una inflamación y un hematoma subsiguiente, que fue adecuadamente tratado mediante la aplicación de terapia de presión negativa y la realización de una artrocentesis para evacuar el hematoma. Es posteriormente, ante una evolución tórpida de la herida quirúrgica, cuando se opta por realizar un desbridamiento y, en los cultivos realizados, se identifica la infección. La Inspección Sanitaria indica al respecto que *“los gérmenes encontrados en la herida quirúrgica son gérmenes llamados oportunistas, no son patógenos por sí mismos, sino que aprovechan una situación de debilidad del huésped para producir la infección. En este caso se trataba de las zonas de tejido desvitalizado en la herida que propiciaron el crecimiento de estas bacterias”*. En todo caso, como también señala la Inspección, *“una vez reconocida la existencia de cultivos positivos y ser filiados los gérmenes, fue tratados con los antibióticos adecuados, lo que no impidió que la infección se hubiera propagado al implante protésico”*.

En cuanto a la idoneidad del tratamiento instaurado, la propia Inspección refiere que, *“una vez detectada la infección de la prótesis - después del desbridamiento quirúrgico cuando se tomaron muestras para cultivo que dieron positivas-, a los dos meses de la cirugía, se procedió al tratamiento recomendado por la bibliografía científica acorde a las circunstancias del paciente, que seguía teniendo un gran defecto cutáneo por la necrosis de la piel de la herida quirúrgica”*, lo que lleva a la inspectora médica a concluir que *“el resultado de su prótesis fue pésimo, pero no puede ser atribuido a una negligencia en su atención sino a la materialización de una de las complicaciones posibles durante la artroplastia, que constaba en el consentimiento informado”*.

En definitiva, de los informes obrantes en el expediente se infiere que, entre los riesgos descritos en la literatura médica en la realización de una cirugía de prótesis de rodilla, está la infección de la propia prótesis, riesgo que se contemplaba en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente que obra en el expediente, el cual recoge, en el apartado de riesgos poco frecuentes: *“c) Infección de la prótesis: esta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local o antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante)...”*

En consecuencia, el daño reclamado no reviste el carácter de antijurídico, en tanto es una complicación posible e informada al paciente, habiéndose llevado a cabo un seguimiento y tratamiento que la Inspección médica califica de correctos.

A este respecto, como ya señalábamos, es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como también expone el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la Sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que: *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, al no apreciarse daño antijurídico en la asistencia sanitaria prestada por la Comunidad de Madrid.

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 3 de septiembre de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 430/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid