

Dictamen n.º: **524/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.10.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 16 de octubre de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ..., por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario del Henares en la realización de una cirugía de la columna lumbar.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La interesada anteriormente citada, representada por una abogada, por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el 13 de diciembre de 2022, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario del Henares, al que imputa mala praxis en la realización de una intervención de columna lumbar.

El escrito de reclamación relata que, el 10 de marzo de 2022, la reclamante fue intervenida de forma programada de la columna lumbar en el citado centro hospitalario, ya que presentaba desde hacía tiempo lumbalgias de repetición que le impedían realizar su profesión habitual de

manera adecuada, habiendo sido diagnosticada de listesis L5-S1 de grado II. La cirugía, mediante anestesia general, consistió en una artrodesis de la zona afectada bajo escopia, siendo dada de alta en fecha 15 de marzo.

La interesada continúa relatando que, el 19 de marzo siguiente, acudió a su hospital de referencia, ya que presentaba dolor lumbar que se irradiaba a ambos miembros inferiores y por la cara anterior del muslo, hasta por encima de las rodillas, así como un hematoma. Refiere que le realizaron una radiografía que evidenció un arrancamiento parcial de los tornillos de L5, si bien, a pesar de ello, le prescribieron tramadol y mantuvieron las citas que tenía programadas.

El escrito de reclamación añade que, el 21 de marzo, acudió de nuevo a Urgencias por empeoramiento del dolor lumbar. En esa fecha, le realizaron un TAC, decidiendo, bajo anestesia general, realizar revisión quirúrgica extrayendo los tornillos pediculares de 6,5 mm e implantando otros de 7,5 mm, ampliando la fijación a L4. En fecha 29 de marzo, se realizó nuevo TAC para ver el posicionamiento de los tornillos comprobando que no había alteración en el mismo y, el 3 de abril, recibió el alta hospitalaria. Subraya que, al realizar la movilización de la silla de ruedas a la cama de la ambulancia, a los operarios actuantes se les cayó la paciente sin que, en principio, se observara daño alguno.

Según el escrito de reclamación, transcurridos unos días, la paciente comenzó con disnea y dificultad para la respiración, acudiendo nuevamente al Servicio de Urgencias de su centro hospitalario el 7 de abril, refiriendo además dolor costal. Tras la realización de una radiografía, no se observaron líneas de fractura ni otras alteraciones, por lo que fue dada de alta ese mismo día.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, la interesada expone que, el 11 de abril siguiente, acudió para la retirada de grapas, la cual, según los informes, transcurrió sin complicaciones, siendo dada de alta. Si bien, una vez en su domicilio, comenzó con mal estado general,

somnolencia y cefalea con inapetencia, encontrándola poco tiempo después su hija en el suelo con agitación, desorientación y lenguaje ininteligible, motivo por el cual, se solicitó una ambulancia. Ya en el hospital, fue ingresada en la UCI con bajo nivel de consciencia y con sospecha de meningitis tras artrodesis. Se realizó punción lumbar que evidenció infección bacteriológica con líquido muy purulento, se palpó la herida quirúrgica que presentaba fluctuación y crepitación, decidiéndose nueva intervención para desbridamiento y lavado inmediato.

El escrito de reclamación expone que, en las primeras horas de ingreso en UCI, el juicio clínico fue de shock séptico secundario a meningitis en paciente portadora de artrodesis con manipulación reciente, y en el líquido cefalorraquídeo se observó infección por *Escherichia coli*.

Según el relato de la interesada, en fecha 19 de abril, en revisión en el quirófano, se encontró defecto de unos 5x3 cm. de duramadre en la región L4-L5, colocando parche Duregen. Al día siguiente de dicha revisión comenzó a presentar fiebre de 38,5°, aislando en días posteriores, *Bacillus megaterium* con probable contaminación, aislando también *Staphylococcus haemolyticus* y epidermis, comenzando de nuevo con tratamiento antibiótico. El 10 de mayo, se solicitó traslado a centro de Neurocirugía, en este caso al Hospital Clínico San Carlos, solicitando resonancia magnética lumbar urgente previo a dicho traslado. En dicha prueba, se comprobó colección posterior a parche de duramadre, siendo trasladada el 12 de mayo de 2022. El diagnóstico al alta fue de espondilolistesis L5-S 1, meningitis y rotura del saco dural.

La interesada permaneció hospitalizada en el Hospital Clínico San Carlos hasta el 12 de agosto de 2022, teniendo que someterse durante ese tiempo a nuevas intervenciones quirúrgicas.

El escrito de reclamación reprocha que, tras haber solicitado la historia clínica completa de la interesada, la misma carece de numerosa

información, entre ella, los documentos de consentimiento informado, por lo que se entiende que la paciente nunca fue informada, ni de forma escrita ni de forma verbal, de que, como consecuencia de la intervención de la columna lumbar, fuese a sufrir las infecciones tan graves que presentó, mucho menos una meningitis que casi acaba con su vida y, aún menos, una rotura del saco dural, que no fueron capaces de reparar en el Hospital Universitario del Henares.

La reclamante refiere desconocer lo acontecido una vez que extrajeron las grapas tras la intervención, ya que fue justo en ese momento cuando comenzaron las serias agravaciones en el estado de salud de la paciente. Igualmente, dice desconocer si la rotura del saco dural se produjo durante la realización de la punción lumbar, durante la ampliación de la laminectomía, ampliando de L5 hasta L4 con un aumento del tamaño de los tornillos o se produjo durante la propia intervención de los mismos, los cuales estaban movilizados y arrancados. Subraya que, desde la primera intervención, la evolución de la paciente fue catastrófica, habiendo tenido que ser hospitalizada desde el día 10 de marzo de 2022 hasta el día 12 de agosto de 2022, cinco meses tras una intervención que, a priori, no era de alto riesgo.

El escrito de reclamación no concreta el importe de la indemnización solicitada, ya que señala que aún no están establecidas las secuelas. Se acompaña con documentación médica de la interesada (folios 1 a 34).

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

La reclamante, de 48 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de lumbociática derecha de larga evolución en seguimiento en consultas del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario del Henares desde el mes de mayo de 2016 y remitida en agosto de ese mismo año a la Unidad del Dolor. Durante el seguimiento de dicha patología, se realizaron ajustes de tratamiento médico, así como

infiltraciones y radiofrecuencia, con visitas esporádicas al Servicio de Urgencias por agudización del dolor.

El 2 junio de 2021, dada la sintomatología de la reclamante, con parestesias en muslos, intermitentes, y en ambas manos, se solicita resonancia magnética.

En la consulta de 29 de septiembre de 2021, se valoran los hallazgos de la resonancia magnética, compatibles con anterolistesis grado I de L5 sobre S1 secundaria a espondilolisis, que determina moderada estenosis foraminal bilateral. Consta en la historia clínica que se explican las opciones terapéuticas y que la reclamante está decidida a la intervención quirúrgica, se explican riesgos y acepta. Se incluye a la reclamante en la lista de espera quirúrgica para artrodesis circunferencial L5-S1.

Ese mismo día, 29 de septiembre de 2021, la interesada firma el documento de consentimiento informado para cirugía de columna y artrodesis vertebral (folios 170 a 172 del expediente). En dicho documento se recogen las posibles complicaciones de la cirugía, constando como tales, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, de graves consecuencias; infección de la herida quirúrgica; secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico; lesión vascular y atelectasia pulmonar.

El día 10 de marzo de 2022, la interesada ingresa de forma programada para la intervención quirúrgica. Se realiza artrodesis L5-S1 bajo escopia reduciendo listesis, sin incidencias. En la radiografía de control, no se objetivan complicaciones y la paciente deambula por la planta de hospitalización, por lo que se pauta el alta hospitalaria el día 15 de marzo de 2022, con la recomendación de reposo domiciliario los primeros días y deambulación y sedestación con corsé ortopédico.

Revisión en sala de curas en 1 semana y en 1 mes en la Unidad de Columna.

El día 19 de marzo de 2022, la reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Henares por presentar dolor lumbar bajo irradiado a extremidades inferiores y hematoma regional. Se realiza radiografía lumbar que evidencia arrancamiento parcial de tornillos de L5. El juicio clínico es de evolución de postoperatorio, pautándose tramadol y mantener las citas pautadas.

El día 21 de marzo de 2022, la reclamante acude de nuevo al Servicio de Urgencias por empeoramiento del dolor. La paciente ingresa a cargo del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario del Henares para revisión quirúrgica por movilización de tornillos transpendiculares. Se extraen tornillos pediculares de L5 de 6,5 mm diámetro y se implantan tornillos de 7,5 mm de diámetro y se amplía fijación a L4. Durante el ingreso se realiza TAC lumbosacro donde se descarta afectación radicular o foraminal por parte de los tornillos de la artrodesis ni otra complicación en ese momento y, dada la estabilidad, se pauta el alta hospitalaria el día 3 de abril de 2022 con revisión en consultas de Traumatología en 1 semana para curas y en 1 mes con Rx en la consulta de la Unidad de Columna.

El día 7 de abril de 2022, la interesada acude al Servicio de Urgencias por dolor en región costal derecha tras caída durante la movilización desde la camilla hospitalaria a la de la ambulancia cuando fue dada de alta hospitalaria. Se realiza exploración física, radiografía de tórax, sin hallazgos y radiografía de parrilla costal derecha, sin evidencia de líneas de fracturas ni otras alteraciones. Se realiza parte de lesiones por accidente fortuito, con traumatismo costal y pronóstico leve (folios 122 y 123).

El 11 de abril de 2022, a las 12:35 horas, la reclamante acude a realización de cura por parte del Servicio de Traumatología. Según consta

en el evolutivo de la historia clínica, la herida está limpia, pero algo macerada. Se realiza cura y se dan recomendaciones para los cuidados en domicilio.

Ese mismo día, 11 de abril de 2022, la reclamante es llevada por su hija al Servicio de Urgencias, por presentar bajo nivel de consciencia. En la anamnesis se hace constar que ha acudido por la mañana a la retirada de grapas, sin complicaciones y que, al llegar a casa, presenta mal estado general, con temblores, somnolencia y cefalea. La hija la ha encontrado en el suelo de la habitación, agitada, desorientada y con lenguaje ininteligible.

La interesada ingresa a cargo del Servicio de Medicina Intensiva con la sospecha de meningitis. Se realiza TAC craneal en el que no se aprecian alteraciones valorables. Se avisa al Servicio de Traumatología por fluctuación en herida quirúrgica y, ante la sospecha de infección de material quirúrgico por contigüidad, se decide intervención quirúrgica urgente para desbridamiento. En dicha intervención, se procede a apertura de cicatriz previa produciéndose salida de líquido abundante purulento. Se visualiza saco dural íntegro y se procede a la limpieza de partes blandas, material de síntesis y retirada de injerto más bulla en saco dural, que no fuga.

Durante ingreso en UCI se inicia antibioterapia por crecimiento de *Escherichia coli* pansensible, con seguimiento por parte de Traumatología y curas diarias. El día 14 de abril de 2022, se sospecha fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR), por lo que el día 19 de abril de 2022, se realiza revisión de la herida quirúrgica en el quirófano. En dicho procedimiento se objetiva defecto de unos 5 x 3 cms de duramadre en región L4-L5. Se coloca parche de duramadre sin evidenciar fuga de LCR posterior.

Durante el ingreso en UCI se solicita valoración por parte del Servicio de Rehabilitación de cara a prescribir tratamiento rehabilitador mediante fisioterapia postinmovilización y fisioterapia respiratoria.

Dada la estabilidad y mejoría de la paciente, pudiendo retirar la intubación orotraqueal y con buen estado general, el día 28 de abril se da de alta por parte del Servicio de Medicina Intensiva y la interesada pasa a cargo del Servicio de Traumatología.

El día 3 de mayo de 2022, se realiza la revisión de la herida quirúrgica en el quirófano. Se aprecia fuga de LCR lateral al parche de previo y se coloca nuevo parche, comprobándose ausencia de salida de LCR con maniobra de Valsalva intraoperatoria.

Tras la intervención, la reclamante persiste con clínica de fiebre y evolución incierta, por lo que se solicita traslado de la paciente a cargo del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico San Carlos, previa realización de resonancia magnética urgente (donde se objetiva *“colección posterior a parche de duramadre, probablemente secundaria a fuga de líquido cefalorraquídeo”*).

El día 13 de mayo de 2022, la paciente es trasladada al Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico San Carlos.

Durante el ingreso, la reclamante se somete a una nueva intervención quirúrgica, el día 23 de mayo 2022, para la colocación de nuevo parche sin constatarse en el quirófano salida de LCR en el acto quirúrgico, pero, a pesar de múltiples intentos de cierre de piel con puntos de sutura, persiste drenaje lumbar permeable. El día 16 de junio de 2022, se realiza nueva cirugía, constatándose pseudomeningocele de gran tamaño, junto con fuga de LCR en varios puntos. Se coloca nuevamente parche y drenaje lumbar. No obstante, persiste salida de LCR por drenaje y precisa de dos intervenciones quirúrgicas adicionales los días 1 y 11 de julio. Tras la última intervención quirúrgica, deja de objetivarse fuga de LCR por la

herida y se retira el drenaje lumbar. Tras esto, la reclamante inicia rehabilitación en planta, llegando a conseguir la deambulación autónoma.

La interesada recibió el alta hospitalaria el 12 de agosto de 2022, con el diagnóstico, entre otros, de infección de la herida quirúrgica por *Escherichia coli* sensible, tras artrodesis L5-S1 con fístula de LCR persistente.

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 15 de marzo de 2023, la interesada aportó una Resolución de 20 de febrero de 2023 por la que se le reconocía la incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo como consecuencia de *“discopatía degenerativa lumbar. Listesis L5-S1 grado II. Artrodesis L5-S1(marzo/22). Reintervención por aflojamiento de tornillos; complicado con rotura de saco dural y meningitis. Fístula LCR persistente. Hipoacusia profunda bilateral. Otosclerosis avanzada”*.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario del Henares y del Hospital Universitario Clínico San Carlos, aunque la actuación de este último hospital no es objeto de reproche.

Asimismo, el 21 de marzo de 2023, se ha emitido informe por el jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario del Henares que da cuenta de la asistencia sanitaria dispensada por parte del referido servicio, según los datos que figuran en la historia clínica. En relación con la información a la paciente, señala que fue informada en todo momento y así consta en su historia clínica. Indica que se entregaron los documentos de consentimiento informado oportuno

donde se informa de los posibles riesgos y/ o complicaciones, exceptuando las dos ocasiones en las que la paciente estaba inconsciente y se realizaron 2 cirugías urgentes. En estas dos ocasiones se le comunicó a la familia de la paciente de forma oral, como consta en su historia clínica. El informe concluye indicando que se realizó un seguimiento estrecho de la paciente diariamente y se hizo la derivación a otro centro cuando se consideró oportuno para valoración y manejo de su patología.

El 11 de octubre de 2023, la reclamante solicitó que se le diera traslado del informe de la Inspección Sanitaria con el fin de poder continuar con la tramitación del procedimiento. Dicho requerimiento fue contestado mediante la remisión, el 16 de octubre de 2023, del expediente tramitado hasta ese momento, con la indicación de que se estaba a la espera del informe de la Inspección Sanitaria.

El 29 de febrero de 2024, la interesada instó que se le proporcionara el informe de la Inspección Sanitaria teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde su anterior requerimiento. El 5 de marzo de 2024, se contestó a la interesada que se estaba pendiente aún de recibir el informe requerido y que, en cualquier caso, podía tener por desestimada su reclamación por silencio administrativo, sin perjuicio de la obligación de resolver de la Administración.

El 28 de mayo de 2024, se emite informe por la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la reclamante y los informes emitidos en el curso del procedimiento, y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que a pesar de las secuelas que conllevó el proceso, revisada toda la documentación aportada y la literatura científica existente, considera que la actuación por parte del Servicio de Traumatología (en cuanto al seguimiento inicial, procedimiento quirúrgico y manejo de las complicaciones) fue correcto en todo momento y acorde a la *lex artis ad hoc*.

El 4 de julio de 2024, se notificó a la reclamante el preceptivo trámite de audiencia.

La interesada formuló alegaciones el 17 de julio de 2024, en las que manifestó que, en la historia clínica del Hospital Universitario del Henares que le fue proporcionada, figuran los documentos de consentimiento informado de la intervención sin firmar, si bien en los que obran en el expediente la firma del médico en sus tres hojas es distinta a la de los documentos entregados a la interesada. Señala que no se le informó en dos ocasiones porque, según se aduce, la paciente estaba inconsciente y se realizaron dos cirugías urgentes, pero entiende que no tiene sentido que se informara a la familia de forma oral, pues considera que se debía haber entregado el documento a los familiares para la firma. Por otro lado, indica que el documento de consentimiento informado para la cirugía de columna es incompleto y no ofrece la información que contienen los documentos de consentimiento informado elaborados por la SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología).

Además, la interesada sostiene en su escrito de alegaciones que todo el problema aconteció por una mala técnica en la primera intervención, pues, si no se hubieran arrancado los tornillos, los cuales no eran del diámetro que correspondía, sino mucho más pequeños, no tenían que haber hecho una segunda intervención, de la que derivan todas las lesiones y daños ocasionados, siendo el motivo una infección de la artrodesis. Reprocha que los nuevos tornillos colocados estaban infectados por bacterias ocasionando a la paciente una meningitis. Subraya que ese arrancamiento de los tornillos tampoco figura en el documento de consentimiento entregado a la paciente, donde solo consta “*rotura del material implantado*”.

Asimismo, la reclamante reprocha que en el informe de la Inspección Sanitaria no se menciona, en ningún momento, la caída que sufrió la

paciente en el traslado en la ambulancia, la cual agravó la situación en la que se encontraba.

Asimismo, incide en que, durante la segunda intervención, la paciente permaneció ingresada doce días con dolores insoportables, siendo evidente, en su opinión, que no se hicieron las pruebas necesarias para saber qué era lo que le pasaba a la paciente y el porqué de los dolores que sufría.

Por último, señala que en el informe de la Inspección Sanitaria se afirma que el desgarro dural es una complicación que requiere de manejo urgente, mediante la corrección quirúrgica del defecto con material específico como pegamentos o injertos para prevenir el riesgo de meningitis, si bien, el día 11 de abril, la reclamante ingresó a cargo de Medicina Intensiva por sospecha de meningoencefalitis, sin visualizarse el desgarro dural, que solo se constató al revisar la herida quirúrgica en quirófano.

Por todo lo expuesto, concluye indicando que ha sufrido un daño desproporcionado.

Tras el escrito de alegaciones de la interesada, se ha incorporado al procedimiento un informe de la supervisora de Calidad y Continuidad Asistencial del Hospital Universitario del Henares que se pronuncia en relación con el reproche de la reclamante relativo a la caída supuestamente padecida en el traslado en ambulancia. El informe señala que, revisada la información en SELENE, aparece lo siguiente: *“El 3 de abril a las 11:36 se registra el alta de la paciente. Se observa que hay una ambulancia programada para las 16:00 horas, sólo de ida, destino el domicilio. En la petición de la ambulancia se justifica la existencia de un déficit motor y el tipo de traslado consta que ha de ser en silla de ruedas. No hay constancia de ninguna otra información. Los operarios actuantes (técnicos de ambulancia) no registran información en nuestro SELENE al no proceder realizar registro alguno en la HC del paciente”*.

También se ha incorporado un informe del Servicio de Traumatología, que contesta a las alegaciones de la reclamante sobre la información proporcionada y señala que los documentos de consentimiento informado entregados a la paciente son los mismos que los que aparecen en el expediente. Por otro lado, explica que los documentos de consentimiento informado de cirugía de artrodesis vertebral dados en dos ocasiones, que están en SELENE, apuntan en el apartado “c” la posibilidad de secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico. Por lo tanto, sostiene que las lesiones del saco dural están dentro de este apartado ya que el saco dural es una parte de la médula espinal. Añade que los documentos de consentimiento informado de la Sociedad Española de Cirugía del Raquis (GEER) recogen esas posibles secuelas con una redacción distinta en su explicación.

Tras ello, se solicitó un nuevo informe a la Inspección Sanitaria, que fue emitido el 26 de diciembre de 2024. Se indica que el inspector que emitió el anterior informe ya no forma parte de la plantilla de la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación, por lo que se ha encomendado la tarea a una nueva inspectora, quien analiza el informe anteriormente emitido, a la luz de la historia clínica, para destacar que sí contiene una referencia a la caída de la interesada en el traslado en ambulancia por una asistencia sanitaria de 7 de abril de 2022, en la que se alude a la caída con traumatismo costal derecho, pero no se vuelve a mencionar en la historia clínica ninguna sintomatología relacionada con ese incidente.

En cuanto a la falta de información reprochada por la reclamante, dice que solo se aprecia la falta del documento de consentimiento informado para la intervención de 19 de abril de 2022, si bien de la misma no se derivó ningún daño, solo se reparó la rotura de duramadre producida en la anterior intervención urgente. El informe concluye

indicando que la asistencia sanitaria dispensada a la interesada, por el Servicio de Traumatología desde el 11 de marzo de 2022 hasta su traslado al Hospital Universitario Clínico San Carlos, fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

El 27 de enero de 2025, se confirió un nuevo trámite de audiencia a la interesada.

El 3 de febrero de 2025, la reclamante formuló alegaciones, en las que incidió en los términos de sus escritos anteriores en cuanto a los documentos de consentimiento informado y la mala praxis denunciada.

El 10 de febrero de 2025, se elaboró por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis*.

Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 19 de febrero de 2025 se formula preceptiva consulta a este órgano consultivo que, mediante Dictamen 173/25, de 3 de abril, resuelve que procede la retroacción del procedimiento, para que se aporte por el Hospital Universitario del Henares información sobre las medidas adoptadas para prevenir la infección padecida por la reclamante y para que se ofrezca información a la interesada sobre las discrepancias que ha puesto de manifiesto en las firmas que constan en el documento de consentimiento informado para la cirugía de artrodesis realizada el 10 de marzo de 2022.

Figura en el expediente el informe de 7 de julio de 2025 del director gerente del Hospital Universitario del Henares sobre las medidas preventivas periquirúrgicas adoptadas en las intervenciones realizadas a la paciente el que indica que el hospital tiene sistematizadas las medidas de prevención de la infección quirúrgica mediante los protocolos de Preparación Prequirúrgica y de Profilaxis Antibiótica en Cirugía, que

describe y adjunta, elaborados por el Servicio de Medicina Preventiva y por la Comisión de Infección Hospitalaria.

En consecuencia, manifiesta que, en todo procedimiento quirúrgico realizado en dicho hospital, es obligado realizar: preparación prequirúrgica del paciente y administrar la profilaxis antibiótica si está indicada, que es específica para el tipo de cirugía a realizar. Asevera que, después de revisar en los registros clínicos de la paciente, las acciones realizadas en las intervenciones, para verificar el cumplimiento de las normas establecidas, se verifica que, en cada una de las cinco intervenciones realizadas a la misma en dicho hospital, se han cumplido las medidas establecidas en los Protocolos de Preparación Prequirúrgica y Profilaxis Antibiótica, de acuerdo con lo que establece la buena práctica clínica.

En este sentido, detalla cada intervención con su fecha, en qué consistió y como en cada una se realizó la preparación prequirúrgica y en cuales, fue necesaria la profilaxis antibiótica con cefazolina para las intervenciones de los días 10 de marzo de 2022 (artrodesis) y 22 de marzo (revisión quirúrgica, extracción de tornillos e implante de otros), no siendo necesaria en las de 11 y 19 de abril porque la paciente tenía tratamiento antibiótico.

Por último, manifiesta que *“es imposible la contaminación de los tornillos implantados, por cuanto son esterilizados previamente a la intervención, y el procedimiento de esterilización emplea controles químicos y bacteriológicos que permiten confirmar, como ocurrió en este caso, que el procedimiento de esterilización había sido correcto”*.

En relación a la aclaración solicitada sobre el documento de consentimiento informado, la directora de Gestión del Hospital Universitario del Henares, mediante escrito firmado el 8 de julio de 2025 indica:

“Lo que tiene valor probatorio es el consentimiento que se incorpora a la HC, y que demuestra que el paciente es conocedor de los riesgos y consecuencias de la intervención. Estos consentimientos fueron remitidos en su día, puesto que están en la HC y están firmados tanto por el médico como por la paciente.

Los restantes impresos que presenta la paciente sólo firmados por el médico, es el inicio del proceso. Se entrega la información al paciente para que tras un tiempo de reflexión otorgue su autorización antes de la intervención”.

El 15 de julio de 2025 la Inspección Sanitaria emite un segundo informe de ampliación en el que, una vez analizada toda la documentación obrante en el expediente concluye *“que esta inspección se ratifica en los dos informes anteriores considerando que la asistencia sanitaria dispensada a (la reclamante), fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”.*

Concedido nuevo trámite de audiencia a la reclamante, el día 30 de julio de 2025 presenta alegaciones en las que señala que si bien tanto el hospital como la Inspección Sanitaria afirman que se han cumplido los protocolos y se administró profilaxis antibiótica a la reclamante, en concreto cefazolina, estos datos no figuran en ningún folio del expediente por lo que reprochan este hecho y la infección padecida y aseveran que la administración ha de probar esos extremos.

Finalmente, el 12 de agosto de 2025, se elabora por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, propuesta de resolución en la que interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de agosto de 2025, se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el número 481/25, a la letrada vocal Dña. M^a. del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de octubre de 2025.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía 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, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

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

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

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso, la reclamación se formula el 13 de diciembre de 2022, reprochándose la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario del Henares, al que la reclamante imputa mala praxis en la cirugía de artrodesis realizada el 10 de marzo de ese mismo, lo que según la interesada le llevó a sufrir numerosas complicaciones e intervenciones quirúrgicas, por lo que no cabe duda de que la reclamación se habría formulado en plazo.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha incorporado al expediente la historia clínica de la reclamante, tanto en el Hospital Universitario del Henares como en el Hospital Clínico San Carlos, y en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y por la supervisora de Calidad y Continuidad Asistencial, informe del director gerente sobre las

medidas preventivas perquirúrgicas adoptadas en las intervenciones realizadas a la paciente e informe de la directora de Gestión sobre el consentimiento informado, todos ellos del Hospital Universitario del Henares. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria y sus ampliaciones con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Además, se ha conferido trámite de audiencia a la interesada y se ha redactado propuesta de resolución desestimatoria, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, pues, de todo lo anterior, 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) 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.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante reprocha la asistencia sanitaria que le fue prestada con ocasión de la realización de una cirugía de columna lumbar.

Afirma que ha sufrido un daño desproporcionado, que nunca fue informada ni de forma escrita ni de forma verbal de que, como consecuencia de la intervención de la columna lumbar, fuese a sufrir rotura del saco dural e infecciones tan graves como la meningitis provocada, a su parecer, porque los nuevos tornillos que le pusieron estaban infectados por bacterias y porque no le pautaron antibióticos. Alega que las consecuencias derivadas de la primera intervención no figuraban en el consentimiento informado, que sufrió una caída cuando iba a ser trasladada a la ambulancia que agravó su situación y que padece unas secuelas que han determinado su incapacidad permanente para trabajar.

De acuerdo con las alegaciones efectuadas en la reclamación, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa

nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, 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 han pronunciado, entre otras, la Sentencia de 19 de febrero de 2025 (recurso 373/2022) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid al señalar que “...si el interesado alega que el daño que se le ha causado y por el que solicita indemnización deriva de mala praxis sanitaria, la prueba de la mala praxis solo corresponde a quien la alega” y las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) y de 12 de junio de 2025 (recurso 1200/2023), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añaden estas dos últimas sentencias citadas, “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Frente a las alegaciones de la reclamante, basadas únicamente en sus afirmaciones y desprovistas de toda prueba, los informes médicos obrantes en el expediente, contrastados con la historia clínica, ponen de

manifiesto que la asistencia prestada a la paciente fue correcta, como queda reflejada en la relación de los hechos del antecedente de hecho segundo de este dictamen.

Respecto a la caída que sufrió al trasladarla a la ambulancia, tal y como consta en la historia clínica y manifiesta el informe de Inspección Sanitaria, sólo se alude a la caída con traumatismo costal derecho, pero no se vuelve a mencionar en la historia clínica ninguna sintomatología relacionada con ese incidente.

En cuanto al reproche de la falta de consentimiento informado, figura en la historia clínica y aportado al expediente, el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante y el médico para la realización de una cirugía de columna vertebral y artrodesis vertebral, por lo que dicha afirmación queda desvirtuada.

Conviene destacar que, en este documento firmado por la reclamante el día 29 de septiembre de 2021 (folios 170 a 172) y en el documento de consentimiento informado de idéntico contenido firmado el 21 de marzo de 2022 (folios 181 a 183), se mencionan como complicaciones de la intervención quirúrgica, entre otras, las siguientes: e) secuelas neurológicas que pueden ser irreversibles por lesión de la médula espinal o nervios en las maniobras propias del acto quirúrgico; i. rotura del material implantado; o. cualquiera de estas complicaciones puede requerir tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador y, en algunas ocasiones, puede ser necesaria una segunda intervención.

El informe del Servicio de Traumatología indica que las complicaciones que sufrió la reclamante aparecen recogidas en el documento de consentimiento informado pues la rotura del saco dural es una lesión de la médula espinal. Añade que los documentos de consentimiento informado de la Sociedad Española de Cirugía del Raquis (GEER) recogen esas posibles secuelas con una redacción distinta en su explicación.

En cuanto a las discrepancias en las firmas que constan en el documento de consentimiento informado para la cirugía de artrodesis realizada el 10 de marzo de 2022, señaladas por la reclamante, se desprende que el documento de consentimiento informado que figura en la historia clínica coincide en cuanto a la firma del médico con el aportado por el servicio responsable junto con su informe, si bien discrepa de la firma que figura en el aportado por la reclamante (que no está firmado por la interesada) y que dice se le ha facilitado por la Administración al recabar la historia clínica. Al respecto, la directora de Gestión del Hospital Universitario del Henares informa que en la historia clínica figura el documento de consentimiento informado firmado tanto por el médico como por la paciente siendo el inicio del proceso los impresos que presenta la paciente, sólo firmados por el médico, pues se entrega la información al paciente para que tras un tiempo de reflexión otorgue su autorización antes de la intervención.

En este sentido, como indica esta Comisión –en sus dictámenes 140/21, de 23 de marzo y 247/24, de 9 de mayo, entre otros-, el artículo 15 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, establece la exigencia de veracidad en la historia clínica. Si se alterase de forma intencionada un dato sustancial de la misma estaríamos sin duda ante un ilícito penal cuyo conocimiento compete a la jurisdicción penal, y excede del presente procedimiento, circunscrito al ámbito estricto de la responsabilidad patrimonial. Por tanto, mientras no se declarase probada por el órgano judicial competente su falsificación o alteración, debe tenerse por verdadera y completa a todos los efectos.

Por otra parte, la reclamante reprocha el haber contraído una infección en la cirugía realizada el 22 de marzo de 2022 para revisión quirúrgica por movilización de tornillos transpediculares, si bien este

reproche ha sido contestado en el informe de 7 de julio de 2025 del director gerente del Hospital Universitario del Henares sobre las medidas preventivas periquirúrgicas adoptadas en las intervenciones realizadas a la paciente indicando que *“es imposible la contaminación de los tornillos implantados, por cuanto son esterilizados previamente a la intervención, y el procedimiento de esterilización emplea controles químicos y bacteriológicos que permiten confirmar, como ocurrió en este caso, que el procedimiento de esterilización había sido correcto”*.

En dicho informe figura igualmente que en las cinco intervenciones quirúrgicas que le fueron realizadas a la reclamante, se cumplieron los protocolos de Preparación Prequirúrgica y Profilaxis Antibiótica, de acuerdo con lo que establece la buena práctica clínica.

En este sentido, en contra de las manifestaciones efectuadas por la interesada, este informe detalla que, en la primera intervención quirúrgica de artrodesis, que tuvo lugar el 10 de marzo de 2022, se realizó la preparación prequirúrgica y se administró la profilaxis antibiótica: cefazolina, lo cual aparece recogido en el protocolo quirúrgico (folios 386 y 387 del expediente remitido). De igual modo, en la segunda intervención efectuada el 22 de marzo de 2022 que consistió en revisión quirúrgica (extracción de tornillos e implante de otros), se realizó la preparación prequirúrgica y se administró la profilaxis antibiótica con cefazolina, (folio del 386). En cuanto a la tercera intervención, cirugía urgente, revisión quirúrgica por complicación infecciosa tras artrodesis, llevada a cabo el 11 de abril de 2022, la preparación prequirúrgica se realizó en la UCI, donde se encontraba ingresada la paciente y no precisó nueva profilaxis antibiótica por estar con tratamiento antibiótico de amplio espectro. Así, en el resumen de la UCI (folio 257 del expediente) se recoge: *“Al llegar a UCI, se intuba, se canaliza CVC subclavia derecha y arteria. Pancultivada. Extracción de primeros hemocultivos (del CVC recién canalizado) previos a la administración de antibioterapia. Segundos hemocultivos extraídos de la arteria, al estar pasando el meropenem en perfusión extendida.*

Posteriormente, inicio de Vancomicina (bolo y perfusión)”. En la cuarta intervención, 19 de abril de 2022, cirugía urgente para colocación de parche en duramadre, la preparación prequirúrgica se hizo en la UCI y no precisó nueva profilaxis antibiótica por estar con tratamiento antibiótico de amplio espectro, extremo confirmado en el resumen de UCI del día 18 de abril de 2022: “Ajustado el tratamiento durante el fin de semana a Amoxi/Clavulánico + en LCR y decido cambio a cefotaxima. PLAN- Reviso farmacocinética aunque farmacodinámica de la amoxicilina cambio a cefotaxima que tiene mejor distribución a LCR manteniendo Rifampicina mientras tenga material protésico. Rifampicina. Amoxicilina clavulánico es sensible pero reviso distribución” (folios 271y 272). En el resumen de UCI del día 19 de abril de 2022, pendiente de intervención, se hace constar que está “en tratamiento con Cefotaxima ajustado por antibiograma y Rifampicina” (folio 273). En la última intervención, de 3 de mayo de 2022, revisión quirúrgica por fuga de LCR y colocación de parche en duramadre, que no es objeto de reproche, se indica que se ha realizado la preparación prequirúrgica y se ha administrado la profilaxis antibiótica.

El segundo informe de ampliación que emite la Inspección Sanitaria, una vez analizada toda la documentación obrante en el expediente, con especial referencia al informe sobre las medidas preventivas perquirúrgicas adoptadas en las intervenciones realizadas a la paciente y al protocolo de preparación prequirúrgica, se ratifica en los dos informes anteriores considerando que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Esta Comisión Jurídica Asesora, haciéndose eco de la doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, ha señalado que, en los casos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección. Como ya dijimos en anteriores dictámenes de esta Comisión,

“dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación, entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración”. (dictámenes 348/16, de 28 de julio; 388/19, de 10 de octubre y 640/21, de 14 de diciembre, entre otros muchos). En este mismo sentido, las sentencias de 17 de febrero de 2020 (recurso 508/2018) y de 3 de diciembre de 2021 (recurso 598/2018) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid señalan que *“la responsabilidad patrimonial por la infección nosocomial no nace de su sola existencia, sino de su atribución a un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por no haberse utilizado los medios disponibles en el hospital para evitarla”.*

En este caso, resulta del expediente que la Administración Sanitaria ha aportado un informe acreditativo de las medidas preventivas adoptadas para prevenir la infección padecida por la reclamante, lo cual aparece corroborado por la historia clínica y por la Inspección Sanitaria.

Por ello, aun cuando el contagio de la reclamante se haya producido en el hospital, no es un daño antijurídico, al haber quedado acreditado que se adoptaron las medidas profilácticas adecuadas, que se cumplió el protocolo de actuación, siendo la actuación de los servicios que atendieron a la reclamante, diligente y adecuada al detectar rápidamente los síntomas y actuar con la rapidez requerida. Resulta de aplicación la Sentencia de 17 de febrero de 2020 (recurso 508/2018) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que señala: *“la responsabilidad patrimonial por la infección nosocomial no nace de su sola existencia, sino de su atribución a un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por no haberse utilizado los medios disponibles en el hospital para evitarla”.*

En este sentido, podemos concluir como lo hace la Sentencia de 24 de febrero de 2023 (recurso 648/2021) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid:

«Por consiguiente, al haberse adoptado las medidas profilácticas contempladas en los Protocolos, y al haberse diagnosticado y tratado la infección nosocomial y sus consecuencias adecuada y rápidamente, utilizando todos los medios disponibles según el estado de la ciencia, en el caso de auto no puede apreciarse vulneración de la "lex artis" ni pérdida de la oportunidad terapéutica, ni considerarse antijurídico el daño padecido por el paciente...».

La reclamante alega que ha sufrido un daño desproporcionado. Sobre la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado, tanto esta Comisión (Dictamen 321/16, de 14 de julio y Dictamen 45/21, de 2 de febrero) como el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en la Sentencia de 26 de marzo de 2019 (recurso 684/2016) vienen destacando que la definición de este concepto se recoge con claridad en la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016 (recurso 2822/2014) según la cual:

«(...) la doctrina del daño desproporcionado o “resultado clamoroso” significa lo siguiente:

1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.

3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es

causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.

4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.

5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado».

En este caso no concurren esas características. No hay ninguna “desproporción” ni se trata de un daño “inesperado”, pues la posibilidad de sufrir las complicaciones que padeció se contemplaba, como hemos analizado, en el documento de consentimiento informado para cirugía de columna y artrodesis vertebral.

Por último, hemos de destacar los distintos informes de la Inspección Sanitaria. En el primero, tras analizar la historia clínica de la reclamante y los informes emitidos en el curso del procedimiento y formular las oportunas consideraciones médicas concluye que a pesar de las secuelas que conllevó el proceso, revisada toda la documentación aportada y la literatura científica existente, considera que la actuación por parte del Servicio de Traumatología (en cuanto al seguimiento inicial, procedimiento quirúrgico y manejo de las complicaciones) fue correcto en todo momento y acorde a la *lex artis ad hoc*. En el segundo, ampliatorio del primero y emitido por otro inspector, con respecto a la información recibida, salvo la ausencia de consentimiento informado de la intervención del 19 de abril de 2022, en la que no se produjo ningún daño, se considera correcta y concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante por el

Servicio de Traumatología desde el 11 de marzo de 2022 hasta su traslado al Hospital Clínico San Carlos fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*. En el tercer informe, segundo ampliatorio, la Inspección, una vez analizada toda la documentación obrante en el expediente concluye que se ratifica en los dos informes anteriores considerando que la asistencia sanitaria dispensada fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, en sus sentencias de 28 de febrero de 2025 (recurso 73/2023) y 25 de junio de 2025 (recurso 684/2023) “*también 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*”. De igual modo, en su Sentencia de 18 de julio de 2025 (recurso 548/2023) considera que este informe, “*sin ser propiamente una prueba pericial, constituye también un notable elemento de juicio técnico*”.

En definitiva, en palabras de la Inspección Sanitaria, el examen de la reclamación a la luz de lo recogido en la historia clínica permite concluir que la asistencia sanitaria dispensada fue “*adecuada y de acuerdo a la lex artis*”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 16 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 524/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid